XIV EVALUACIÓN DE LA SOCIEDAD CIVIL
SOBRE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS PARA EL CONTROL DEL TABACO EN MÉXICO

XIV EVALUACIÓN DE LA SOCIEDAD CIVIL SOBRE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS PARA EL CONTROL DEL TABACO EN MÉXICO

XIV EVALUACIÓN DE LA SOCIEDAD CIVIL SOBRE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS PARA EL CONTROL DEL TABACO EN MÉXICO

Las organizaciones civiles de México y sus aliados han elaborado y presentado de manera ininterrumpida, desde que entró en vigor el CMCT (2005), un ejercicio de evaluación de las políticas públicas para el control del tabaco en México.
El informe de la sociedad civil es ejemplo de la consistencia del trabajo serio y comprometido para la incidencia con actores clave (especialmente en el Congreso de la Unión y con funcionarios clave en la administración pública federal).

Mtro. Erick Antonio Ochoa
Director de Salud Justa Mx
Juan Núñez Guadarrama
Director de Coaliciones de Salud Justa Mx
Coordinador de la Coalición México SaludHable
Mtra. Yahaira Ochoa Ortiz
Directora de Comunicación de Salud Justa Mx
Mtro. Javier Zúñiga Ramiro
Director Jurídico de Salud Justa Mx
Heidy Guadalupe Pérez Nataren
Asesora Jurídica de Salud Justa Mx
Dra. Belén Sáenz de Miera
Académica de la Universidad Autónoma de Baja California Sur
Investigadora Económica de Salud Justa Mx
Dra. Guadalupe Ponciano Rodríguez
Coordinadora del Programa de Prevención de Tabaquismo de la Facultad de Medicina de la UNAM
Adriana Rocha Camarena
Directora de Asuntos Legislativos y Sociedad Civil, POLITHINK

Diseño: Abigail Villaseñor, Salud Justa Mx

ÍNDICE

I. Introducción, sobre la importancia de este informe de la sociedad civil en el contexto de un nuevo gobierno y un nuevo Congreso de la Unión. p 2

II. ¿Por qué es tan importante la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible para una aproximación integral hacia las enfermedades no transmisibles (ENT) y el control del tabaco? p 4
- a. Los Objetivos de Desarrollo Sostenible: un análisis integral desde la complementariedad del Objetivo 3 (Salud y Bienestar) con otros objetivos. p 4
- b. Metas de los ODS: estatus de avance en México. p 8
- c. El control del tabaco en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. p 11

III. ¿Por qué México está tan rezagado en sus políticas para el control del tabaco? p 14
- a. Ambientes libres de humo: el oprobio. p 14
- b. Prohibición total de publicidad, promoción y patrocinio: consecuencias de una mala regulación para la niñez mexicana. p 17
- c. Advertencias sanitarias: la necesaria ampliación de los pictogramas. p 19
- d. La importancia de imponer controles en los puntos de venta para detener la venta de cigarros sueltos y la venta a menores. p 22
- e. Medidas contra el conflicto de interés: oportunidades para el nuevo gobierno. p 23

IV. Impuestos al tabaco en México: ¿por qué las estrategias engañosas de la industria tabacalera han dañado las finanzas públicas del país? p 27
- a. Primer engaño: el gran contribuyente. p 27
- b. Segundo engaño: el apoyo a los productores. p 29
- c. La impostergable reforma fiscal hacia los productos de tabaco. p 32

V. Los nuevos productos de la industria tabacalera: ¿cuál es la respuesta que esperan las organizaciones civiles del nuevo gobierno? p 34
- a. Conflicto de interés y las relaciones necesarias e innecesarias con la industria tabacalera: el caso con el IQOS p 34
- b. Evidencia sobre la amenaza de los nuevos productos para la niñez mexicana. p 38
- c. ¿Qué debería considerar el nuevo gobierno para una regulación que proteja la salud de los mexicanos? p 42
- d. Conflicto de interés y las relaciones necesarias e innecesarias con la industria tabacalera: el caso con el IQOS p 45

VI. Cesación p 48
- a. "Diseño e implementación de las políticas de cesación en México" (Artículo 14 del CMCT). A 14 años de la firma del Convenio Marco. p 48

VII. Consideraciones finales. p 52

I. INTRODUCCIÓN.

SOBRE LA IMPORTANCIA DE ESTE INFORME DE LA SOCIEDAD CIVIL EN EL CONTEXTO DE UN NUEVO GOBIERNO Y UN NUEVO CONGRESO DE LA UNIÓN

Juan Núñez Guadarrama
Salud Justa Mx

Así como todos y todas fuimos, somos o seremos pacientes alguna o varias veces en el curso de nuestra vida, quienes militamos en organizaciones sociales hemos trabajado en otro tiempo en entidades de gobierno, privadas o sociales, o lo haremos en el futuro. No somos de naturaleza distinta ni mudamos de convicciones o de intereses por estar en uno u otro lado, generalmente.

Sin embargo, la perspectiva desde la cual visualizamos en la sociedad civil la fortaleza o debilidad de nuestras instituciones permite expresar posturas críticas, propositivas y más directas sobre asuntos que nos ocupan. Y nos ocupan sobremanera el diseño y la aplicación de las políticas para el control del tabaco, tanto así que desde hace 14 años publicamos estos reportes ciudadanos en los cuales evaluamos el avance, la inmovilidad o el retroceso registrados en dichas políticas.

Al entrar en funciones el primer gobierno de izquierda, electo democráticamente y poseedor de un gran bono de apoyo social, según las encuestas, vivimos una circunstancia distinta, de combate a la corrupción, que privilegia la satisfacción de las necesidades de quienes viven en la pobreza y que "hará realidad el ejercicio del derecho del pueblo a la salud".[1] Y este último compromiso abre una puerta ancha

Cartel del Día Mundial Sin Tabaco, Gobierno de Aragón, 2019

por la cual avanzar hacia el cumplimiento pleno de las obligaciones asumidas por México al suscribir hace 15 años ya el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco.

En concordancia, en el Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024 presentado ante la Cámara de Diputados, el gobierno encabezado por el Lic. Andrés Manuel López Obrador asume como un compromiso que "mantendrá una estricta vigilancia de los conflictos de interés de los servidores públicos", y que más específicamente "el combate a la corrupción será permanente en todo el sector salud". [2] La sociedad civil estará atenta, porque si algo hizo daño en el anterior sexenio fue el conflicto de interés en el sector salud, que, combinado con la corrupción, benefició los intereses económicos de las tabacaleras por encima de la población.

Las recomendaciones del CMCT arrastran rezagos en temas torales y de ellos nos ocupamos en esta evaluación: la protección de las personas mediante el establecimiento de espacios públicos libres de humo de tabaco en todo el territorio nacional, la eliminación total de cualquier forma de publicidad, promoción y, o patrocinio de productos de tabaco, la ampliación de espacios para mensajes y leyendas precautorias en los empaques de cigarros y, principalmente, el incremento de impuestos a tales productos.

Igualmente, enmarcamos la importancia del control del tabaco en la estrategia global de la Agenda 2030 y sus Objetivos de Desarrollo Sostenible, sin omitir el control de los puntos de venta, la regulación de contenidos de los productos de tabaco y, algo importante, la implantación de medidas claras que eviten el conflicto de interés en servidores públicos, incluidos los legisladores.

Subrayamos la inacción ante el comercio ilícito de tabaco, además de señalar como engaños a los contribuyentes y a los productores de tabaco, el incumplimiento del gobierno federal para aprovechar los recursos fiscales en la atención a la salud y apoyar la diversificación de cultivos, respectivamente.

Por último, nos referimos a la importancia de regular los nuevos productos suministradores de tabaco y nicotina, para proteger a la población, pero principalmente a la niñez.

Venturosamente, hemos podido establecer ya comunicación con funcionarios de la Secretaría de Salud, de Hacienda y Crédito Público y del IMSS, además de legisladores de distintos partidos, con quienes esperamos instituir mecanismos permanentes de trabajo y colaboración para acompañar las buenas medidas de la autoridad en el tema que nos ocupa.

Estamos convencidos de que al trabajar por la reducción del consumo de tabaco y sus consecuencias, acotaremos el factor de riesgo más importante y factible de superar de las enfermedades no transmisibles. Para nuestro país, aplicar las medidas de prevención y control del tabaco, significa una oportunidad sin precedente de cumplirle al pueblo de México al asumir compromisos que, a un tiempo protegerán su salud, ahorrarán recursos y allegarán ingresos.

[1]. Instituto de la Salud para el Bienestar sustituirá al Seguro Popular: AMLO Disponible en: www.eleconomista.com.mx/politica/Instituto-de-la-Salud-para-el-Bienestar-sustituira-al-Seguro-Popular-AMLO-20190522-0064.html

[2] De la Secretaría de Gobernación, con la que remite el Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024, Gaceta Parlamentaria, Año XXII, Número 5266-XVIII, Palacio Legislativo de San Lázaro, martes 30 de abril de 2019, páginas 17 y 45.

II

Yahaira Ochoa Ortiz
Salud Justa Mx

¿POR QUÉ ES TAN IMPORTANTE LA AGENDA 2030 PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE PARA UNA APROXIMACIÓN INTEGRAL HACIA LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES (ENT) Y EL CONTROL DEL TABACO?

a. Los Objetivos de Desarrollo Sostenible: un análisis integral desde la complementariedad del Objetivo 3 (Salud y Bienestar) con otros objetivos.

Para lograr el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) no sólo se requiere un gran esfuerzo por parte de los gobiernos, es fundamental la colaboración entre el gobierno, el sector privado y la sociedad civil, ya que, la interacción de estos actores contribuye al desarrollo e implementación de políticas públicas eficaces y eficientes que contribuyan lograr que se llegue a las metas de cada objetivo.

Respecto al Objetivo 3:
Salud y bienestar, para logar que sus metas sean cumplidas, es necesario que se complemente con los demás ODS, ya que, la salud y el bienestar se ligan necesariamente con otras metas que se incluyen en la agenda de desarrollo sostenible[1].

Diseñado por Freepik

[1]. Objetivos de Desarrollo Sostenible. Consultar en: https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/

Para garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades se requiere:

- *Poner fin a la pobreza (ODS 1);* satisfacer las necesidades básicas de las personas contribuye directamente a la salud de las personas. Por otro lado, poner fin a todas las formas de pobreza también implica garantizar el acceso a la salud.
- *Hambre cero (ODS 2);* sin la erradicación de la desnutrición en todas las edades es imposible lograr su salud y bienestar.
- *Educación de calidad (ODS 4);* la educación es uno de los motores más poderosos y probados para garantizar el desarrollo sostenible. La educación primaria y secundaria son la base de las personas. Respecto a la salud y bienestar, los e hijos de madres que han recibido educación, incluso madres que cuentan sólo con educación primaria tienen más probabilidades de sobrevivir que los hijos de madres sin educación [2].
- *Igualdad de género (ODS 5);* es preciso reconocer que las mujeres tienen mayor grado de vulnerabilidad respecto de los hombres, En lo que se refiere a la salud y el bienestar, garantizar el acceso universal a la salud reproductiva y sexual son metas fundamentales para lograr estos objetivos.
- *Agua limpia y saneamiento (ODS 6);* la escasez del agua afecta a más del 40% de la población. La decreciente disponibilidad de agua potable es un problema importante que aqueja a todos los continentes; esta escasez a su vez provoca enfermedades y desnutrición, lo cual perjudica directamente la salud y el bienestar de las personas.
- *Energía asequible y no contaminante (ODS 7);* Según datos de Programas de Naciones Unidas para el Desarrollo, más del 40% de la población mundial, dependen de combustibles contaminantes insalubres para cocinar, por lo tanto, es necesario invertir en fuentes de energía limpia y mejorar la productividad energética, esto se relaciona directamente con la salud y el bienestar de las personas.
- *Trabado decente y crecimiento económico (ODS 8);* las desigualdades laborales y falta de empleos tienen implicación directa en la salud, ya que, cuando no se tiene trabajo decente y crecimiento económico difícilmente se logra la salud y el bienestar en las personas.
- *Industria, innovación e infraestructura (ODS 9);* las tecnologías de la información y las comunicaciones pueden contribuir a la salud y el bienestar, un ejemplo de esto es India, en donde una aplicación móvil ayuda a los trabajadores sanitarios a mantener los registros de vacunas en todo el país[3].
- *Reducción de las desigualdades (ODS 10)* las desigualdades han provocado que no todas las personas tengan acceso a la salud y para frenar el aumento en las desigualdades, lo cual es una tendencia mundial, es preciso incorporar políticas que empoderen a las personas más pobres y promuevan la inclusión económica de las personas.

[2]. Objetivo 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades. Consultar en: https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/

[3]. Unidas por una ciudad limpia. Consultar en: https://stories.undp.org/unidas-por-una-ciudad-limpia.

- ***Ciudades y comunidades sostenibles (ODS 11);*** mejorar la seguridad y la sostenibilidad de las ciudades implica garantizar el acceso a viviendas seguras y asequibles y el mejoramiento de los asentamientos marginales, lo cual tiene implicación directa en el bienestar de las personas.
- ***Producción y consumo responsables (ODS 12);*** para lograr este objetivo es importante reducir a la mitad el desperdicio de alimentos en el mundo para crear cadenas de producción y suministro más eficiente. Esto puede aportar a la seguridad alimentaria y llevarnos hacia una economía que utilice los recursos de manera más eficiente, logando con esto cumplir también con el objetivo 3. Un ejemplo de lo anterior es lo que se está llevando a cabo en Perú, recicladoras peruanas combaten el impacto de la basura en el medio ambiente y en la salud de las personas [4].
- A*cción por el clima (ODS 13);* el cambio climático tiene impacto directo en la salud de las personas, entre 1998 y 2017 las catástrofes geofísicas provocas por el clima, tomaron la vida de 1.3 millones de personas y dejaron a 4400 heridas. Es necesario tomar medidas urgentes para reducir el impacto del cambio climático.
- ***Vida submarina (ODS 14);*** los océanos, su temperatura y limpieza hacen que la tierra sea un lugar habitable. Según el PND los medios de vida de más de 3000 millones de personas dependen de la biodiversidad marina y costera. Es necesario proteger de manera sostenible los ecosistemas marinos y costeros de la contaminación para garantizar la salud y bienestar de las personas.
- ***Vida de ecosistemas terrestres (ODS 15);*** al igual que la vida submarina, se deben tomar medidas urgentes para reducir la pérdida de hábitats naturales y biodiversidad que forman parte de nuestro patrimonio común y apoyar la seguridad alimentaria y del agua a nivel mundial, la mitigación y adaptación al cambio climático.
- ***Paz, justicia e instituciones sólidas (ODS 16);*** tal como lo menciona este objetivo, sin paz, estabilidad, derechos humanos y gobernabilidad efectiva basada en el Estado de derecho, no es posible alcanzar el desarrollo sostenible y ninguno de los objetivos mencionados anteriormente.
- ***Alianzas para lograr los objetivos (ODS 17);*** para cumplir con todos los ODS, además de la colaboración entre el gobierno, el sector privado y la sociedad civil, son indispensables las alianzas y la cooperación internacional.

Como se pudo revisar a lo largo de este análisis, el Objetivo 3, salud y bienestar, se liga directamente con los demás objetivos, ningún objetivo se puede logar sin el cumplimiento de otros, por lo anterior, los esfuerzos de los gobiernos, sector público y privado deben orientarse al cumplimiento de estos y así logar el desarrollo sostenible, de no ser así, las consecuencias serán catastróficas.

Un elemento novedoso sobre el cual no había referencia explícita en los gobiernos anteriores es que los Planes Nacionales de Desarrollo de los periodos 2019-2024 y 2024-2030, según el artículo 21 de la Ley de Planeación y los transitorios del decreto de la última reforma que fue publicada el 16 de febrero de 2018, podrán considerar las estrategias para el logro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible y sus metas, contenidos en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible.

Aunque no es obligatorio, ya en la propuesta de Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024, presentada el pasado 30 de abril a la Cámara de Diputados, se reconoce que "el gobierno de México está comprometido a impulsar el desarrollo sostenible (que) se le define como la satisfacción de las necesidades de la generación presente sin comprometer la capacidad de las generaciones futuras para satisfacer sus propias necesidades". [5] Esto dista de la integralidad e intersectorialidad de objetivos, pero contribuye con un compromiso claro a favor de la sostenibilidad.

[4]. Tecnología al servicio de la salud. Consultar en: https://stories.undp.org/tecnologia-al-servicio-de-la-salud

[5]. De la Secretaría de Gobernación, con la que remite el Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024, Gaceta Parlamentaria, Año XXII, Número 5266-XVIII, Palacio Legislativo de San Lázaro, martes 30 de abril de 2019, página 37.

Adriana Rocha Camarena
Polithink

b. Metas de los ODS: estatus de avance en México.

El 25 septiembre de 2015, la Organización de las Naciones Unidas anunció la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible la cual está compuesta por los 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) y 169 metas. Los ODS son el resultado de un proceso de negociación que involucró a los 193 Estados Miembros de la ONU, a la sociedad civil y otras partes interesadas, y se consideran de amplio alcance.

Para su cumplimiento, el gobierno mexicano creó una Comisión Nacional para el seguimiento de la Agenda 2030, la Estrategia Nacional para la Implementación de la Agenda 2030, la Plataforma de Indicadores de los Objetivos de Desarrollo Sostenible y las reformas constitucionales para la inclusión de la Agenda 2030 en la Ley de Planeación. En 2016 y 2018, nuestro país presentó informes voluntarios sobre el avance en el cumplimiento de las metas. A pesar de que estos informes muestran progresos significativos en varias áreas, a la fecha aún no se ha logrado el cumplimiento total de ningún ODS y para algunas áreas, en particular en el **Objetivo 3 Salud y Bienestar,** los indicadores muestran resultados poco favorables. Hablamos de la meta **3.4 para 2030, reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante la prevención y el tratamiento y promover la salud mental y el bienestar.** Este resultado será imposible de alcanzar si antes no avanzamos en el cumplimento de la meta **3.a fortalecer la aplicación del Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco en todos los países.**

Desde 2008 en México se han hecho esfuerzos importantes para impulsar los cambios normativos que se requieren para reducir el consumo de tabaco, sin embargo, la falta de voluntad política y la interferencia de la industria tabacalera lo han impedido. Existe suficiente evidencia científica que demuestra que la implementación del paquete completo de las medidas MPOWER y todos los instrumentos de CMCT es la forma más efectiva y eficiente de lograr una reducción en el consumo, la incidencia de enfermedades y la mortalidad por enfermedades no transmisibles.

De acuerdo con los **indicadores del marco global** a los que México se comprometió a dar seguimiento, el relativo al control del tabaco es la ***Prevalencia del consumo actual de tabaco a partir de los 15 años de edad*** [1]. En mayo de 2013, la Asamblea Mundial de la Salud refrendó el Plan de acción mundial de la OMS para la prevención y el control de las ENT 2013-2020 [2]. El plan de acción incluye nueve objetivos con respecto a los factores de riesgo directamente relacionados con la meta 3.4 y el ODS 3. Para evitar una tercera las muertes por ENT es indispensable reducir el consumo de tabaco en 30%.

En los últimos 5 años, el porcentaje de consumidores de tabaco en México no ha cambiado nada. De acuerdo con la ENCODAT 2016-2017, el 17.6% de la población mexicana entre 12 y 65 años fuma actualmente, en comparación con el 17% que lo hacía en 2011. De acuerdo con las **estimaciones de la OMS para México**, para alcanzar estos objetivos es necesario que **en 2025 la prevalencia de fumadores sea igual o menor al 11.5%. Esto significa que a partir de 2019 tendríamos que reducir, al menos, 1 punto porcentual cada dos años.** Una tarea que resulta casi imposible si no hay un compromiso real por implementar las medidas efectivas, entre ellas los impuestos a productos de tabaco y nicotina.

Si se diera un incremento del 50% del precio de los cigarros tendríamos una ganancia aproximadamente de 13 millones de años de vida, reduciendo así sustancialmente la mortalidad. Además, por dejar de fumar, cada fumador en el grupo de ingresos más bajo gana en promedio cinco veces más años de vida y ahorraría 2.7 veces más en tratamientos médicos en comparación con un fumador en un grupo de ingresos más alto. El sector público también experimentaría beneficios al reducir una parte importante de los 87 mil 300 millones de pesos en costos sanitarios directos.[3]

El control del tabaco resulta un aliado importantísimo en el cumplimiento de la Agenda 2030 ya que

[1]. Este indicador no se encuentra reportado en el Sistema de Información de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (SIODS) al igual que ningún indicador relativo a la meta 3.4. Para mayor información sobre los indicadores, consultar http://agenda2030.mx/ODSopc.html?ti=T&goal=0&lang=es#/ind

tiene un impacto directo en al menos 9 objetivos y no cumplir con la meta establecida al respecto vulnera la capacidad de cumplirlos, por lo tanto no debe suscribirse únicamente al ámbito de la salud o pensarse como una meta aislada dentro los ODS.

El Convenio Marco para el Control del Tabaco es una herramienta para el desarrollo sostenible ya que ayuda a promover el crecimiento económico, la inclusión social y la protección del medio ambiente.

[2]. Plan de Acción para la Prevención y Control de las ENT en las Américas 2013-2019. Organización panamericana de la Salud / organización Mundial de la Salud, 2014. Disponible en https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11275:plan-action-ncds-americas-2013-2019&Itemid=41590&lang=es

[3] Pichon-Riviere, et al. Impacto económico del tabaquismo en los sistemas de salud de América Latina: un estudio en siete países y su extrapolación a nivel regional. Rev Panam Salud Publica 2016; 40(4):213-21.

Juan Nuñez Guadarrama
Salud Justa Mx

c. El control del tabaco en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible

"La importancia del control del tabaco en la promoción del desarrollo se reconoce en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas, que en su meta 3.a. se refiere específicamente a la aplicación del Convenio Marco para el Control del Tabaco de la Organización Mundial de la Salud".
Convenio Marco de la OMS para el control del Tabaco.

Las organizaciones que desde hace más de 14 años impulsamos en México el control del tabaco, vimos una oportunidad enorme e inusitada en la Agenda 20 30, proclamada con sus 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) y 169 Metas por los 195 países miembros de la ONU, en 2015. Ese acuerdo mostraba la importancia de afrontar al tabaquismo en favor de la salud de los pueblos y porque el tabaco obstaculiza el desarrollo.

"La importancia del control del tabaco en la promoción del desarrollo se reconoce en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas, que en su meta 3.a. se refiere específicamente a la aplicación del Convenio Marco para el Control del Tabaco de la Organización Mundial de la Salud". [1]

Nos impactaron las posibilidades de establecer alianzas para afrontar la epidemia social que mata cada año más de 7 millones de personas a escala global [2] y a más de 60 mil compatriotas [3]. También

[1]. Convenio Marco de la OMS para el control del Tabaco. Disponible en: https://www.who.int/fctc/implementation/fctc2030/criteria/es/
[2].OMS. Tabaco. Datos y Cifras. Disponible en: www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/tobacco

decidieron incidir integralmente en las condiciones de vida actuales y futuras, colegas del campo de las enfermedades no transmisibles.

El 80% de los mil millones de personas fumadoras vive en países de ingresos medios y bajos, donde afectan salud y productividad e incrementan el uso de servicios de salud, las incapacidades, los gastos de bolsillo y desvían parte del ingreso familiar a la compra de cigarros. Entre 1970 y 2000 se triplicó el consumo de tabaco en los países pobres, ante restricciones crecientes en países desarrollados para su comercialización y una mayor toma de conciencia del daño que ocasiona. En contraste, África, Asia y América Latina fueron blanco creciente de las agresivas campañas de mercadotecnia de la industria tabacalera. [4]

Tal circunstancia, nos ha llevado de manera creciente a incidir desde la ventana del control del tabaco en la Agenda 2030 y en los ODS. En abril de 2017 5 organizaciones de salud participamos en el Foro de América Latina y el Caribe sobre Desarrollo Sostenible. Propusimos que la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) evite la aplicación de tratados de complementariedad económica y comercial lesivos para la salud y el bienestar de nuestros pueblos. Señalamos que el consumo de alimentos ultraprocesados, incluidas bebidas azucaradas, productos de tabaco y bebidas alcohólicas, es una gran calamidad para la región, por las altas prevalencias de obesidad, sobrepeso, diabetes, enfermedades cardiovasculares, cerebrovasculares, cáncer, renales, mentales y adicciones. Pueblos enfermos no pueden ser pueblos competitivos y las enfermedades no transmisibles obstaculizan el desarrollo, subrayamos.

Al término del foro, el presidente Enrique Peña Nieto instaló el Consejo Nacional de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, para fijar la ruta de colaboración multisectorial que permita a México cumplir los ODS. En septiembre de 2017, solicitamos por escrito al jefe de la Oficina de la Presidencia de la República, a cuyo cargo quedó aquel Consejo, nuestra incorporación al mismo. Se nos respondió que solo dependencias gubernamentales integrarían ese órgano.

A invitación de la Oficina de la Presidencia de la República y de la Oficina del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) en México, en agosto de 2018 participamos en el Taller para proponer la agenda de los Comités del Consejo Nacional de la Agenda 2030, referido a los ODS 1, 2, 3, 6 y 16. Desde 2017 organizamos con la Representación de la OPS/OMS en México, foros y encuentros para promover que México cumpla los ODS.

Monitor Ciudadano sobre el Control del Tabaco en México, 2013. Fundación Interamericana del Corazón México.

[3].31 DE MAYO 2017: DÍA MUNDIAL SIN TABACO "EL TABACO – UNA AMENAZA PARA EL DESARROLLO" #NoTobacco www.who.int/campaigns/no-tobacco-day/2017

RELACIÓN DEL TABACO CON LOS ODS

1. FIN DE LA POBREZA. El consumo de tabaco afecta más a los pobres, que distraen recursos que debieran dedicar a alimentación, educación y salud, pagan atención médica por su tabaquismo.
2. HAMBRE CERO. El cultivo de tabaco ocupa tierras agrícolas, provoca desnutrición y trabajo infantil.
3. SALUD Y BIENESTAR. El consumo de tabaco es el factor de riesgo más importante para desencadenar enfermedades no transmisibles, que causan 7 de cada 10 deceso en el mundo y en México.
4. EDUCACIÓN DE CALIDAD. A los niños que trabajan en el cultivo del tabaco se les niega con frecuencia el acceso a la educación y los fumadores gastan tres veces más en el tabaco que en educación.
5. IGUALDAD DE GÉNERO. Las campañas publicitarias dirigen sus mensajes preferentemente al público femenino y las niñas llegan a experimentar con tabaco en porcentajes mayores que los niños.
6. AGUA LIMPIA Y SANEAMIENTO. Entre los daños ambientales del cultivo de tabaco, resalta la contaminación de ríos, lagos y presas.
7. ENERGÍA ASEQUIBLE Y NO CONTAMINANTE. Si se redujeran los costos por atender los problemas ocasionados por el tabaco, los países dispondrías de recursos para invertir en este tipo de energía.
8. TRABAJO DECENTE Y CRECIMIENTO ECONÓMICO. Empresas transnacionales dominan los mercados de tabaco, sus ganancias van a países ricos, con poca inversión en naciones en desarrollo; el tabaco destruye el capital humano y desvía recursos públicos y personales.
9. INDUSTRIA, INNOVACIÓN E INFRAESTRUCTURA. Investigadores utilizan plantas de producción de tabaco para realizar procesos de bioingeniería que produzcan nuevos medicamentos, plásticos biodegradables y solventes industriales.
10. REDUCCIÓN DE LAS DESIGUALDADES. Hacia 2030 habrá 8 millones de muertes ocasionadas por el tabaco, el 80% de ellas en países de ingresos bajos y medios
11. CIUDADES Y COMUNIDADES SOSTENIBLES. El humo de tabaco es fuente de contaminación del aire en interiores; los lugares de trabajo, estudio y recreación libres de humo salvan vidas.
12. PRODUCCIÓN Y CONSUMO RESPONSABLES. Cultivar tabaco lleva a muchos agricultores a endeudarse; las tabacaleras ofrecen incentivos y préstamos desfavorables para los campesinos
13. ACCIÓN POR EL CLIMA. Cultivar tabaco es causa de deforestación. Se talan 600 millones de árboles por año para hacer espacios de cultivo de tabaco.
14. VIDA SUBMARINA. Los filtros de cigarrillo están hechos de acetato de celulosa, que tarda hasta 12 años en descomponerse. Las colillas constituyen el 15% del total de los residuos recogidos.
15. VIDA DE ECOSISTEMAS TERRESTRES. El cultivo de tabaco en los países de ingresos bajos y medios degrada gravemente la tierra y el suelo, y provoca otras perturbaciones a los ecosistemas.
16. PAZ, JUSTICIA E INSTITUCIONES SÓLIDAS. La industria del tabaco agrede a los sistemas jurídicos nacionales e internacionales para evitar o retrasar las medidas de control del tabaco, lanzan causas sin fundamento lograr "enfriamiento normativo" y mantener sus mercados.
17. ALIANZAS PARA LOGRAR LOS OBJETIVOS. La OMS, el Banco Mundial, el PNUD, el sistema general de la ONU priorizan el control del tabaco dentro de la agenda de desarrollo.

III ¿POR QUÉ MÉXICO

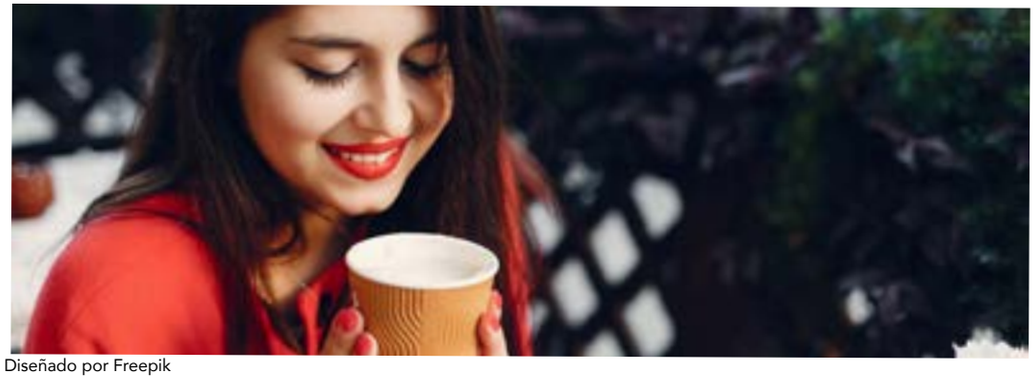
ESTÁ TAN REZAGADO EN SUS POLÍTICAS PARA EL CONTROL DEL TABACO?

Juan Nuñez Guadarrama
Salud Justa Mx

a. Ambientes libres de humo: el oprobio

La mitología griega refiere un chisme que llegó a los oídos del gran Zeus y motivó la ira de éste contra Sísifo, a quien condenó a empujar una gran roca hacia la cumbre de una montaña y ya en ella, la roca volvía a rodar hacia abajo, repitiéndose la acción eternamente.

Tal puede ser la metáfora que describa en síntesis lo sucedido en el país desde 2008 con la aplicación del Artículo 8 del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco, que fija las medidas de protección a las personas ante la exposición al humo de tabaco. Pese a que la Ciudad de México recibió el Premio Bloomberg Philantropies en marzo de 2009 [1] por su política para combatir los riesgos del humo, a once años de distancia seguimos siendo omisos como país en el cumplimiento de ese artículo. La capital era la joya de la magra corona, mas ha relajado la aplicación de la Ley de Protección a los No Fumadores, al realizar solo visitas de fomento sanitario a establecimientos y no sancionar a los infractores.



Diseñado por Freepik

La OMS afirma que no hay niveles seguros de exposición al humo ajeno, por causar coronariopatías y cáncer de pulmón y, en lactantes, provocan muerte súbita por humo de tabaco en lugares públicos. Alarma el hecho de que casi la mitad e niños expuestos respira aire contaminado en lugares públicos. En el mundo fallece casi un millón de personas cada año por respirar involuntariamente ese humo y solamente el 13% de la población (mil 300 millones de personas) está protegida con buenas leyes. [2]

Tan grave es el problema que China, el mayor productor de tabaco, donde los productos son muy baratos, podrá registrar a fines de este siglo hasta 200 millones de decesos ocasionados por el humo de tabaco. Esta situación ha movido positivamente al gobierno de Beijing, que en los últimos dos años ha implantado en esa ciudad medidas rigurosas para proteger a las personas. Si alguien fuma en un restaurante o bar, puede utilizar una aplicación en su celular y la infracción quedará registrada automáticamente en un mapa digital. De registrarse 5 infracciones, se aplicará al establecimiento una multa muy considerable. Tal medida aplica igualmente para lugares de trabajo. [3]

De regreso en México, recordamos la connivencia o la complicidad con la industria tabacalera, por parte de legisladores que no protegen la salud sino los intereses de aquélla, para mediatizar iniciativas de diputados y senadores conscientes de distintos partidos. Destaca el ex - senador panista Héctor Larios, quien como Presidente de la Comisión de Comercio y Fomento Industrial malogró una y otra vez la reforma de la Ley General para el Control del Tabaco, que incluía el establecimiento de ambientes libres de humo en todos los espacios público cerrados el país. Otros legisladores que han cabildeado en favor de la industria, en el Senado, la Cámara de Diputados o la Asamblea Legislativa del D. F., son Federico Döring, Yeidckol Polevnsky, Eloy Cantú, Miguel A. Osuna Millán, Francisco Funtanet y Rodrigo Reina, entre otros.

Entre 2014 y 2016 varias organizaciones sociales trabajamos con la Secretaría de Salud de la hoy CDMX, para apoyar el cumplimiento de la LPSNFDF, mediante el diseño y la propuesta de una plataforma electrónica, ¡Ciudad sin Humo!, Plataforma digital (auspiciada por la sociedad civil) que ayudaría a la autoridad sanitaria en la aplicación de la LPSNFDF. Tras largas reuniones durante tres años, a veces semanales, la Secretaría de salud optó por manejar otra plataforma, cuyos resultados ignoramos.

[1]. INSP. Políticas Pública para el Control del Tabaco en México. Disponible en: http://www.cdi.salud.gob.mx:8080/BasesCDI/Archivos/Libre-dehumodetabaco/reporteTabacoVol1.pdf

[2]. OMS. Tabaco. Datos y cifras https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/tobacco

[3]. Diario El Comercio. Disponible en: https://www.elcomercio.com/tendencias/china-tabaco-industria-salud-leyes.html

Diseñado por Freepik

PERO SUBAMOS DE NUEVO LA ROCA.

La sociedad civil si ha estado bien representada en la promoción de los espacios libres de humo de tabaco. CODICE ha sido puntal en la presentación de iniciativas y en trabajar con legisladores, funcionarios de los ejecutivos estatales e inclusive con grupos empresariales, además de grupos nutridos de activistas sociales. Gracias en gran medida a los esfuerzos ciudadanos, diez estados son ya libres de humo de tabaco (BC, BCS, Sin, Zac, SLP, NL, Ver, Mex, Oax., y Mor.) además de la CDMX. Y están pendientes de ajustar sus propuestas o en negociaciones con los gobiernos estatales cinco estados más (Yuc., Chis., Pue., Qro., y Jal.) [4]

A su vez, REFLEACCIONA, A. C., lleva a cabo en la capital del país una intensiva labor de empoderamiento ciudadano, para que los usuarios de establecimientos conozcan y exijan el cumplimiento de la ley, además de establecer mecanismos de comunicación con autoridades centrales y de las alcaldías de CDMX. Los activistas de esta agrupación, conocidos como Los Rescatadores, se ganan la simpatía, la voluntad y el apoyo de los clientes de esos lugares al reportar en tiempo real, con videos y mediante el uso de las llamadas redes sociales, lo mismo a infractores que a prestadores de servicios cumplidos. [5]

Signo alentador ha sido la reunión de trabajo sostenida este mes de mayo por representantes de REFLEACCIONA, CODICE, Vital Strategies, Unión contra la Tuberculosis y Salud Justa con el Comisionado Federal para la protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS), Dr. José Alonso Novelo Baeza. Esperamos establecer con este funcionario una mesa de trabajo permanente, que propicie la incidencia ciudadana en apoyo de la aplicación de leyes y reglamentos para proteger a las personas del humo de tabaco.

[4]. CÓDICE. Monitoreo de ALHT. Disponible en: https://codicesc.files.wordpress.com/2018/09/mapa-chido2.jpg
[5]. Refleacciona A.C. https://refleacciona.org/salud-y-bienestar

Yahaira Ochoa Ortiz
Salud Justa Mx

b. Prohibición total de publicidad, promoción y patrocinio: consecuencias de una mala regulación para la niñez mexicana

Tal como lo afirma la Organización Mundial de la Salud, la industria tabacalera vende un producto que mata a más de la mitad de sus consumidores, a pesar de esto, las empresas tabacaleras han logrado perpetuarse en el mercado, manteniendo y consiguiendo a más personas que consuman su producto letal.

A pesar de que la industria tabacalera ha declarado públicamente que su publicidad únicamente está dirigida a los adultos, la evidencia ha demostrado que se implementan estrategias diseñadas específicamente para atraer a niñas, niños y jóvenes. Documentos internos de la industria tabacalera han revelado que las niñas y niños de 13 años son considerados por estas empresas un mercado clave, por lo cual, fueron desarrolladas estrategias de marketing dirigidas directamente a este sector. La industria tabacalera utiliza distintas estrategias para atraer a nuevos consumidores, invierte millones de dólares en tácticas publicitarias ya que es la forma más directa para tener contacto con sus consumidores [1].

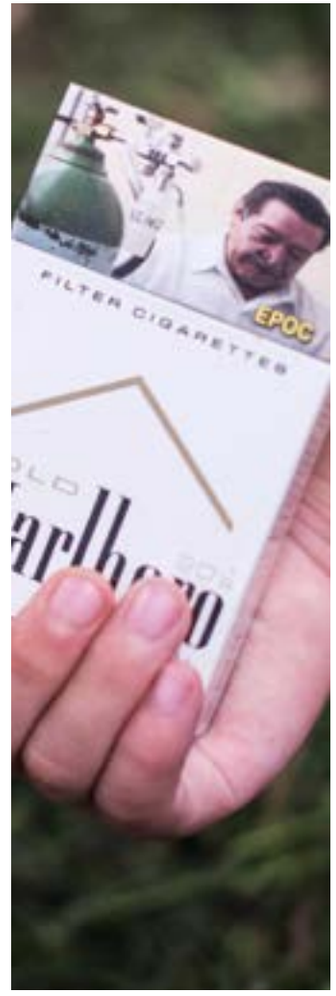
[1]. Organización Mundial de la Salud, 2009. Consultar en: http://www.who.int/tobacco/mpower/publications/sp_tfi_mpower_e.pdf

Debido a la legislación, en materia de publicidad de productos de tabaco, que se ha hecho en distintos países de América Latina, incluyendo México, la industria tabacalera aprovecha los vacíos legales y viola las leyes para intensificar sus tácticas publicitarias.

Una de las estrategias que utiliza es la publicidad en puntos de venta, la cual está prohibida en México, sin embargo, la industria coloca sus cajetillas de cigarros en banners y exhibidores de colores en tiendas de autoservicio para atraer principalmente a jóvenes, niños y niñas. No es casual que en las tiendas las cajetillas de cigarros estén a la vista de las personas y alrededor de otros productos de consumo cotidiano.

Estudios científicos muestran cómo la publicidad y exhibición de los productos de tabaco incrementan el consumo, las cajetillas de los productos de tabaco colocadas de forma uniforme y en lugares con mayor visibilidad es una forma de atraer a niñas, niños y jóvenes, además de la publicidad atractiva colocada en los exhibidores.

La industria tabacalera pone principal atención en exponer su publicidad en los puntos de venta y es sabido que un porcentaje importante de dinero lo invierte en los dueños de las tiendas para que coloquen sus productos en lugares visibles del punto de venta. En México, según la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Estudiantes 2014. Tabaco, la edad de inicio de consumo de tabaco es tan sólo 12 años, aunque también se reporta consumo de tabaco en niños y niñas de 10 años, es un hecho que actualmente comienzan a fumar a edades cada vez más tempranas, de esta situación la única beneficiada es la industria del tabaco.



[2]. Niños en la mira de la industria tabacalera. Consultar en: https://www.ficargentina.org/documentos/la-salud-no-se-negocia-3o-edicion-ninos-en-la-mira-de-la-industria-tabacalera-analisis-sobre-la-publicidad-y-exhibicion-de-productos-de-tabaco-en-los-puntos-de-venta-de-america-latina-como-estrate/

Heidy Guadalupe Pérez Nataren
Salud Justa Mx

c. Advertencias sanitarias: la necesaria ampliación de los pictogramas.

La importancia de reducir el consumo de tabaco en los consumidores es de vital importancia, ya que previene y advierte sobre aquellas enfermedades asociadas con su consumo, tales como las cardiovasculares, respiratorias, cáncer y la propia adicción al producto. La política pública que retoma este objetivo son las advertencias sanitarias en los productos de tabaco, establecida en la directriz en el artículo 11 del CMCT sobre el empaquetado y etiquetado de los productos elaborados con tabaco.

En nuestro país, en menos de dos décadas, el número de fumadores se incrementó de 9 a 13 millones de personas, de acuerdo la Organización Panamericana de la Salud México. [1] Aunque el problema de consumo de tabaco ha ido en aumento, las medidas relativas a los pictogramas y advertencias sanitarias han quedado estancadas. Esta política pública consiste en poner pictogramas en las cajetillas y empaques de cigarros, sobre enfermedades o consecuencias de consumir tabaco, con el objetivo de generar mayor impacto en el consumidor sobre las afectaciones que causa consumir tabaco.

En México es una obligación

[1]. Organización Panamericana de la Salud México, "Introducción" en Situación del tabaco en México, Ciudad de México, https://www.paho.org/mex/index.php?option=com_content&view=article&id=96:situacion-tabaco-mexico&Itemid=387.

del Estado señalada en la Ley General para el Control del Tabaco establecer las advertencias sanitarias y los pictogramas en las cajetillas y productos de tabaco. En la cual tiene como propósito suministrar información sobre riesgos para la salud, promover que los que aún no consumen, no inicien el consumo de tabaco, incitar a los consumidores a dejar el tabaquismo y prevenir el nuevo consumo de quienes lo abandonaron. Los pictogramas y mensajes sanitarios han tenido 9 rondas de publicación y modificación de mensajes e imágenes de advertencia; la primera del 24 de diciembre de 2009 publicada en el Diario Oficial de la Federación hasta la novena del 28 de noviembre de 2017. Cada publicación de etiquetado tiene una duración que va de los seis meses a los treinta meses. En los cuales, se recopila un total de 59 advertencias establecidas para el empaquetado de productos de tabaco en México [2].

Sin embargo, en 2012 México obtenía el séptimo lugar en el ranking internacional sobre evaluación de pictogramas, en el periodo de 2010-2012, el cual evaluaba la mayor proporción de pictogramas en las cajetillas de cigarro. Ahora los números van reduciendo, ya que muchos países, por ejemplo, Uruguay con el lugar 9, han generado mayor enfoque en las advertencias sanitarias en las cajetillas de tabaco, cuyo principal objetivo es prevenir que nuevas personas consuman tabaco, principalmente niños y adolescentes. Es así como, actualmente México tiene el lugar número 53 de los 100 países que implementan mayor proporción de advertencias sanitarias en las cajetillas de cigarro según el Informe del año 2018[3]. Ya que presenta lo que hoy se conoce como empaquetado neutro o empaquetado genérico, porque cuenta con 50% de imágenes en ambos lados de la cajetilla.

El empaquetado neutro o genérico es una medida eficaz de etiquetar los productos de tabaco, para que no se vendan productos de tabaco de manera falsa, engañosa o conduzca al error, en las cuales se establecen advertencias sanitarias con el objetivo de informar sobre los efectos nocivos del consumo de tabaco y reducir la demanda [4]. Estas advertencias y mensajes sanitarios impresos en las cajetillas de cigarros son importantes porque generan un costo eficaz de sensibilización al público y a los consumidores.

Ejemplos claros de la efectividad que tiene el empaquetado genérico es Australia, Reino Unido e Irlanda. El éxito es dado gracias a que el empaquetado genérico influye en el comportamiento, pues hace menos atractivo el producto de tabaco a los consumidores. Así mismo, han creado servicios llamados *Quitline*,, que son líneas para dejar de fumar que ayudan e orientan a personas que padecen tabaquismo y que están decididos a abandonarlo. Además de eso, gracias a los pictogramas en las cajetillas el producto ha disminuido su exhibición

Diseñado por Freepik

pública en establecimientos de comercio, según los exámenes realizados por expertos, afirmando que es una inversión pública eficaz [5].

En efecto, México es uno de los países rezagados en pictogramas de advertencias sanitarias en las cajetillas. Por lo que es necesario implementar la expansión del porcentaje de pictografía en las cajetillas de cigarro. Los expertos en infografía y psicología nos dicen que la implementación de imágenes y mensajes sanitarios tiene mayor impacto en el comportamiento de los consumidores y del público en general. Por ejemplo la investigación realizada en conjunto por James F Thrasher y del Departamento de Investigaciones sobre Tabaco. En la cual, por medio de encuestas realizadas a fumadores llegan a la conclusión que las advertencias con pictogramas en las cajetillas de cigarros son efectivas y generan un cambio en dejar de fumar o reducir el consumo del cigarro. La investigación presenta que el 58% de los participantes si ve las advertencias en las cajetillas y el 33% han reducido su consumo gracias a las advertencias [6]. Es así como, la exposición a los pictogramas es asociada con cambios en la conducta de los fumadores, ya que las imágenes sobre los daños nocivos de fumar cigarro generan incentivos para reducir el consumo o acercarse a alguna línea de apoyo para dejar de fumar. De igual manera, los fumadores expuestos a las advertencias con pictogramas estuvieron informados sobre los daños a la salud el consumo de tabaco y los contenidos tóxicos del cigarro. En definitiva, reforzar la política en pictogramas de advertencias sanitarias, crearía cambios considerables en la reducción de consumo y en el número de fumadores que están dispuestos a dejarlo. Porque para dejar de fumar y decirle no al cigarro hay que ayudar e informar. Las pictografías de advertencias sanitarias en las cajetillas de cigarro es un primer paso.

[2]. Oficina Nacional para el Control del Tabaco y Comisión Nacional contra las Adicciones, "Histórico Pictogramas", en Histórico de empaquetado de productos de tabaco en México (Pictogramas y mensajes sanitarios), Noviembre de 2018, Ciudad de México, pp. 2. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/410919/HistpictogramasyadvertenciassanitariasenM_xico.pdf.

[3]. Comisión Nacional contra las Adicciones, "Advertencias Sanitarias en los productos de tabaco" en Acciones y Programas, Ciudad de México, 08 de noviembre de 2018. Disponible en https://www.gob.mx/salud%7Cconadic/acciones-y-programas/advertencias-sanitarias-y-pictogramas.

[4].Organización Mundial de la Salud, "Empaquetado neutro: definiciones, finalidades y pruebas empíricas" en Empaquetado neutro de los productos de tabaco. Disponible en https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255271/9789243565224-spa.pdf?sequence=1.

[5].Organización Mundial de la Salud, "Exámenes de las pruebas empíricas por expertos" en Empaquetado neutro de los productos de tabaco. Disponible en https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255271/9789243565224-spa.pdf?sequence=1.

[6].THRASHER, James F et al . "Resultados", en Impacto de las advertencias con pictogramas en las cajetillas de cigarrillos en México: resultados de una encuesta en fumadores de Guadalajara, Salud pública Méx, v. 54, n. 3, junio de 2012, Ciudad de México, p. 254-263.

Disponible en http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342012000300007.

Yahaira Ochoa Ortiz
Salud Justa Mx

d. La importancia de imponer controles en los puntos de venta para detener la venta de cigarros sueltos y la venta a menores.

La Ley General para el Control del Tabaco (LGCT) en el artículo 16 (1) prohíbe comerciar, vender, distribuir o suministrar cigarros sueltos, tampoco se pueden colocar los cigarrillos en sitios que le permitan al consumidor tomarlos directamente. Sin embargo, a pesar de lo que establece la ley, en México es común ver la venta de cigarros sueltos sin ningún control. Vendedores ambulantes y tiendas de conveniencia venden cigarros sueltos de todas las marcas.

Es preciso mencionar que según el Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco (2) indica que la venta de cigarros sueltos hace más asequibles estos productos a las personas menores de edad, ya que, es más factible que un joven compre un cigarro a menor costo que una cajetilla. La venta de cigarros sueltos provoca que los jóvenes tengan mayor riesgo de entrar al tabaquismo.

En México la venta de cigarros sueltos es parte de la vida cotidiana, incluso fuera de las escuelas. No es coincidencia que la edad de inicio de consumo de tabaco en el país sea entre 12 y 13 años (3) y es que los más jóvenes son quienes tienen mayor vulnerabilidad de caer en el tabaquismo y más si se pone el producto a su alcance.

A pesar de lo anterior, actualmente no existen controles en los puntos de venta para detener la venta de cigarrillos sueltos y la venta a menores, por esta razón estas prácticas siguen siendo parte de lo cotidiano. Al no vigilar los puntos de venta y penalizar estas violaciones a la ley, la venta de cigarros sueltos y a menores de edad seguirá siendo una constante, lo cual pone en riesgo directo a los jóvenes.

La única beneficiaria de la venta de cigarros sueltos y la venta de cigarros a menores es la industria tabacalera, quien recibe a más fumadores jóvenes como sus nuevos consumidores. Para la industria es mejor que las autoridades sigan sin generar controles mecanismos que sancionen estas violaciones a la ley.

[1]. Ley General para el Control del Tabaco. Consultar en: http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/ley_general_tabaco.pdf
[2]. Convenio Marco de la OMS para el control del Tabaco. Consultar en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42813/9243591010.pdf;jsessionid=B6190675EB40FB67BAABF5649ADEE5AF?sequence=1
[3]. Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Estudiantes. Consultar en:http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/investigacion/ENCODE_DROGAS_2014.pdf

Adriana Rocha Camarena
Polithink

e. Medidas contra el conflicto de interés: oportunidades para el nuevo gobierno.

"Al margen de la ley, nada; por encima de la ley, nadie".

Esta es tal vez la frase más representativa de lo que le Presidente Andrés Manuel López Obrador ha prometido que será su gestión y uno de los 12 principios rectores del Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024. El PND resulta relevante pues refleja la visión del gobierno en turno sobre el desarrollo del país y establece algunos de los principales compromisos por los que suele evaluarse a la administración federal. Asimismo, plantea algunos de los más relevantes medios, objetivos, metas e indicadores para observar los resultados o avances: el combate y erradicación de la corrupción. **Una de las formas más comunes de corrupción es la no gestión de los conflictos de interés.** De acuerdo con la definición de la Auditoria Superior de la Federación, el conflicto de intereses se presenta cuando los intereses personales, familiares o de negocios del funcionario pueden afectar el desempeño imparcial de su empleo, cargo o comisión. Pero esto no se reduce únicamente a los servidores públicos y se puede extender a las instituciones. **En el ámbito de la salud pública, la participación conjunta de entes privados e industrias en espacios de toma de decisiones, presentan un fuerte conflicto de interés, pues sus intereses son totalmente opuestos.**

El caso más reciente de conflicto de interés relacionado con la industria tabacalera es la campaña No Está Chido promovida por el Consejo de la Comunicación lanzada en 2019.

De acuerdo con su página de internet, la campaña busca "sensibilizar a los padres de familia, y círculo cercano a los niños, niñas y adolescentes que bajo ninguna circunstancia y bajo ningún motivo los menores de edad consuman alcohol y tabaco. A través de este Movimiento "No está chido" se busca promover la tolerancia cero en el consumo de alcohol y tabaco en menores de edad.". Dentro del Consejo Asesor y como promovente de esta campaña se eencontraba Birtish American Tabacco México. Como parte de ese mismo Consejo se encontraban también instituciones públicas como CONADIC, COFEPRIS, CONADE, IMJUVE quienes tienen dentro de sus mandatos y atribuciones el proteger y garantizar la salud. Es decir, el Gobierno, que tiene como función garantizar el derecho a la salud, y una industria cuya razón de existir es la venta de tabaco – primordialmente los jóvenes ya que han manifestado públicamente que son su principal objetivo de mercado, patrocinan una campaña para desincentivar el consumo de tabaco. La credibilidad y efectividad de la campaña, así como la reputación de los participantes, se ponen en duda dado que la participación de la industria tabacalera implica que no se incluirán medidas que, aunque tengan un impacto positivo en salud, puedan dañar sus intereses económicos.

La industria tabacalera tiene una larga historia en el mundo sobre este tipo de incidentes en los que lo único que buscan es preservar sus mercados, ampliar su base de consumidores y **no afectar sus ganancias**. En un caso extremo, las consecuencias de no atender y gestionar los conflictos de intereses en el área de salud, podría resultar en la afectación, incluso la muerte, de muchas personas.

El control del tabaco ha avanzado y se tiene herramientas precisas para hacer frente a estas situaciones. **Toda regulación debe formularse sin la intervención de los fabricantes o instituciones con conflicto de interés y en el marco de la implementación completa e integral del Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco.** En este sentido, el artículo 5.3 del CMCT establece la necesidad de contar con mecanismos de protección de las políticas de salud pública relativas al control del tabaco contra los intereses comerciales y otros intereses creados de la industria tabacalera.

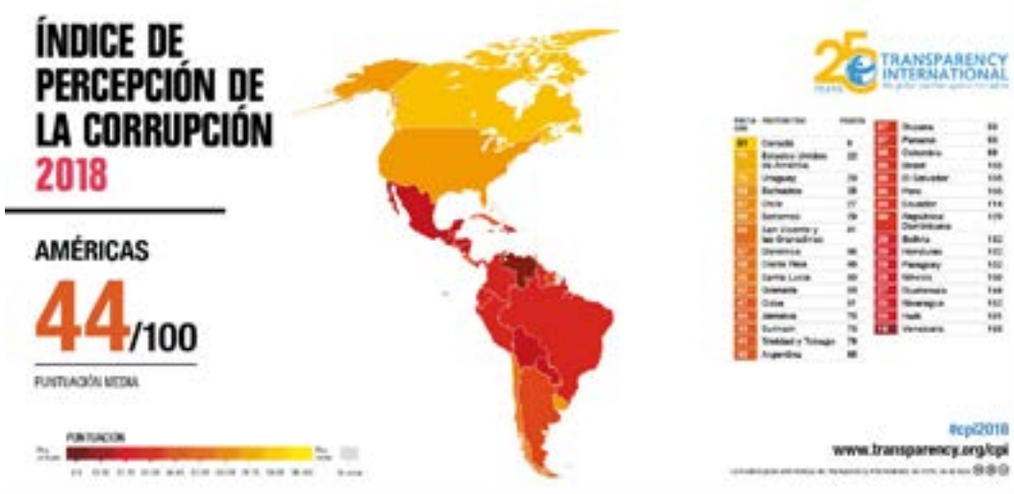
La Directrices del artículo 5.3 se fundamentan en 4 principios rectores de los cuales se derivan 8 recomendaciones.

- *Principio 1:* Existe un conflicto fundamental e irreconciliable entre los intereses de la industria tabacalera y los intereses de las políticas de salud pública
- *Principio 2:* Al tratar con la industria tabacalera o quienes trabajan para promover sus intereses, las Partes deberían ser responsables y transparentes
- *Principio 3:* Las Partes deberían exigir a la industria tabacalera y quienes trabajan para promover sus intereses que funcionen y actúen de manera responsable y transparente
- *Principio 4:* Debido a que sus productos son letales, no se deberían conceder incentivos a la industria tabacalera para que establezcan o lleven a cabo sus negocios

RECOMENDACIONES

1) Concientizar sobre la naturaleza adictiva y perjudicial de los productos de tabaco y sobre la interferencia de la industria tabacalera en las políticas de control del tabaco.
2) Establecer medidas para limitar las interacciones con la industria tabacalera y asegurar la transparencia de las que se produzcan.
3) Rechazar las alianzas y los acuerdos con la industria tabacalera.
4) Evitar conflictos de intereses para los funcionarios y empleados públicos.
5) Exigir que la información proporcionada por la industria tabacalera sea transparente y precisa.
6) Desnormalizar y reglamentar las actividades que la industria tabacalera describe como "socialmente responsables".
7) No conceder trato preferente a la industria tabacalera.
8) Tratar a toda la industria tabacalera de la misma manera, incluso a la de propiedad estatal.

El contenido del artículo 5.3 y sus directrices son totalmente coincidentes con los objetivos del gobierno federal expresados en el Plan Nacional de Desarrollo. Si bien existen leyes e instrumentos legales que abordan el tema de conflicto de interés específicamente como son la Ley General de Responsabilidades Administrativas, el Sistema Nacional Anticorrupción, la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública, el artículo 5.3 plantea un esquema que ha probado su efectividad y que puede replicarse para hacer frente a las más grandes amenazas que enfrenta el sector salud.



Nota final. En 2017, México ocupó el lugar 135 (de 180 países) en el Índice de Percepción de Corrupción (Transparencia Internacional, 2018) y el lugar 4 (de 69 países) en el Índice Global de Impunidad (UDLAP).

IV

IMPUESTOS AL TABACO EN MÉXICO:

¿POR QUÉ LAS ESTRATEGIAS ENGAÑOSAS DE LA INDUSTRIA TABACALERA HAN DAÑADO LAS FINANZAS PÚBLICAS DEL PAÍS?

Belén Sáenz de Miera
Universidad Autónoma de Baja California Sur / Salud Justa Mx

a. Primer engaño: el gran contribuyente.

El Impuesto Especial sobre Producción y Servicios (IEPS) es un impuesto indirecto que grava diversos productos, entre ellos los tabacos labrados. En 2018, la recaudación por el IEPS a los tabacos labrados fue de 41 mil 452 millones de pesos, solo por debajo de la obtenida por gasolina y diesel dentro de esta categoría impositiva. Esto representó el 11.9% de la recaudación total por IEPS y el 1.2% de los ingresos tributarios totales. En un país como México en el que la capacidad recaudatoria es relativamente baja [1], podría pensarse, entonces, que ésta es una fuente de ingresos significativa. Sin embargo, los productos de tabaco se distinguen porque su consumo genera cuantiosos costos para el Estado.

Solamente los costos del tratamiento de las principales enfermedades asociadas al tabaquismo ascendían a 5 mil 110 millones de dólares en 2015 [2], es decir, 87 mil 300 millones de pesos aproximad-

[1]. OCDE. Estadísticas tributarias en América Latina y el Caribe, 1990-2017; 2019.
[2]. Pichon-Riviere, et al. Impacto económico del tabaquismo en los sistemas de salud de América Latina: un estudio en siete países y su extrapolación a nivel regional. Rev Panam Salud Publica 2016; 40(4):213-21.

amente, lo cual es 2.4 veces más lo recaudado en ese año. De esta manera, aún sin tomar en cuenta otros costos directos, además de cuantiosos costos indirectos asociados al uso de tabaco, es claro que la recaudación que se obtiene de estos productos está muy por debajo de las erogaciones que ocasionan.

Por otro lado, debemos recordar que existe evidencia de irregularidades en las declaraciones fiscales de dos compañías tabacaleras de México. En la revisión de la cuenta pública de 2011, la Auditoría Superior de la Federación (ASF) encontró, por ejemplo, que una de las empresas – por su participación de mercado sería British American Tobacco – **había declarado pérdidas acumuladas superiores a los 15 mil millones de pesos, equivalentes al 218.5% del capital social, lo cual es causal de disolución de acuerdo con la Ley General de Sociedades Mercantiles. No solo eso: en esa misma compañía la ASF también detectó una diferencia de 4,049,616,005 cigarros enajenados. Por su parte, la otra empresa – por su volumen de ventas se trataría de Philip Morris México – no reportó la venta de 145,322,554,822 unidades de cigarros enajenados o importados** [3]

Así, los productores de tabaco distan mucho de ser los grandes contribuyentes que pretenden: imposible cuando los costos que genera el uso de sus productos superan, por mucho, los ingresos tributarios que aportan. En lugar de contribuir, merman de manera importante el erario por las consecuencias que tiene el tabaco en la salud de la población.

Aquella mañana de junio de

[3]. Auditoría Superior de la Federación, Informe del Resultado de la Fiscalización Superior de la Cuenta Pública 2011, Impuesto Especial sobre Producción y Servicios de Tabacos Labrados, Auditoría Financiera y de Cumplimiento: 11-0-06E00-02-0077, GB-087, disponible en https://www.asf.gob.mx/Trans/Informes/IR2011i/Grupos/Gobierno/2011_0077_a.pdf

Juan Nuñez Guadarrama
Salud Justa Mx

b. Segundo engaño: el apoyo a los productores

2002 en el salón Adolfo López Mateos de la residencia Presidencial de Los Pinos, sucedió un hecho inusitado para quienes se desempeñaban en el campo del control del tabaco y de las sustancias psicoactivas en general. Era la primera vez que un Presidente de la República, en ese caso, el Lic. Vicente Fox Quesada, encabezaba una reunión del Consejo Nacional contra las Adicciones, ante casi 500 personas entre personal de salud, de procuración de justicia y de las fuerzas armadas, así como investigadores, representantes de grupos de ayuda mutua y comunicadores.

La ceremonia contrastaba con la ausencia de la mayoría de secretarios de salud a las sesiones ordinarias de ese cuerpo colegiado registrada a lo largo de varios sexenios, desde mediados de los años 80. Pero ese día estaba el Ejecutivo Federal y concurrieron numerosos secretarios de estado y personajes del gabinete ampliado. A tal sorpresa se sumó

el anuncio del Secretario de Salud, Dr. Julio Frenk Mora, de que se eliminaban la publicidad de productos de tabaco en radio y televisión; asimismo se daba a conocer el malogrado trato del gobierno con la industria tabacalera mediante el cual ésta donaría un peso por cajetilla vendida como aportación al naciente fondo para gastos catastróficos.

Y hubo más. Se instaló una comisión intersecretarial formada por varios funcionarios, entre quienes destacaron el secretario de Agricultura y el gobernador de Nayarit de ese entonces. La función del grupo sería impulsar la reconversión de los cultivos de tabaco, principalmente en Nayarit, para que los propietarios y jornaleros no cayeran en la pobreza. Se habló de otorgar estímulos económicos para que esos trabajadores migraran al cultivo de melón, sandía, papaya, mango y aguacate. Inicialmente, así se anunció en los

medios de comunicación, se aportarían 400 millones de pesos.

Para revivir aquel grupo instalado por el Presidente Fox, organizaciones sociales que impulsan las políticas para el control del tabaco han solicitado en varias ocasiones restablecer la Comisión Interinstitucional para la Implantación del CMCT en México, en la cual participen representantes de áreas de salud y seguridad social, así como las secretarías de Hacienda, Economía, Agricultura, Educación y Ecología, la Procuraduría General de la República, las dirección de Aduanas, y los organismos de protección al consumidor, además de agrupaciones patronales y organizaciones no gubernamentales con responsabilidad en la instrumentación, implementación, vigilancia y cumplimiento del CMCT en México. Hasta la fecha, tal propuesta no ha sido aceptada.

Ya en 2012 se produjeron 15 mil 235 toneladas, mucho menos que los 45 mil 164 toneladas registradas doce años atrás, principalmente en Nayarit, pero también en Veracruz, Chiapas, Jalisco y Sinaloa, por lo cual nuestro país es esencialmente importador de tabaco, según reportamos en nuestro Monitor Ciudadano sobre Control del Tabaco en México[1].

Juan Manuel Piedra, dirigente de comunidades agrarias en Nayarit y de la Asociación Rural de Interés Colectivo de Productores de Tabaco, aseguraba en 2014 que con la tendencia a la baja en la producción también se habían caído los empleos y la inversión en el sector rural del estado. Pero en los años recientes la SAGARPA estimula con apoyos federales la producción y exportación de productos de tabaco.

Para los productores, las promesas del gobierno federal de apoyar con la reconversión de cultivos de tabaco a productos rentables fueron solo eso, promesas, pues miles de hectáreas quedaron en el abandono y las pocas que reconvirtieron cultivos padecieron problemas de comercialización. [2]
Otro dirigente de ARIC tabaquera, Rodolfo Coronado Montaño, llegó a afirmar nunca se pusieron en marcha las políticas públicas de reconversión de cultivos para que los productores cosechen otra cosa que les dé a ganar, así que con puras promesas no pudo el gobierno federal hacer que los campesinos cambiaran de cultivo y dejarán de producir lo que se considera un producto que envicia y enferma a quienes lo consumen. [3]

Sería pertinente, tal vez, replantear al nuevo gobierno federal la conformación de esa Comisión Intersecretarial, aunque la haya instalado un mandatario panista. Se trata de inhibir el cultivo de tabaco sin perjudicar a propietarios y jornaleros. Se trata de proteger la salud de todas las personas que vivimos en México.

[1]. Monitor Ciudadano sobre el Control del Tabaco en México, 2013. Fundación Interamericana del Corazón México. p. 21
[2]. El Financiero. Cultivo de Tabaco en México condenado a la extinción. Disponible en: https://www.elfinanciero.com.mx/economia/cultivo-de-tabaco-en-mexico-condenado-a-la-extincion
[3]. NNC Mx. La farsa de los apoyos al campo; Tabaqueros no cambiarán en cultivo. Disponible en: http://www.nnc.mx/articulo/portada/la-farsa-de-los-apoyos-al-campo;-tabaqueros-no-cambiaran-de-cultivo/1403011523

c. La impostergable reforma fiscal hacia los productos de tabaco.

La evidencia sobre la efectividad de los impuestos a los productos de tabaco para reducir el consumo y evitar la iniciación es abrumadora (OMS 2017). En México, en específico, se tienen estudios sobre la efectividad del incremento de los precios a través de impuestos desde hace más de una década (Jiménez et al. 2008). También se ha demostrado que los que más se beneficiarían del incremento de los impuestos en el país son los más pobres. En particular, se estima que, si el precio de los cigarros se incrementara en 50%, la población más pobre obtendría el 29% de los beneficios en términos de salud y el 25% de los costos médicos evitados, mientras que solo pagaría el 10% de los impuestos adicionales (GTEC 2018).

Sin embargo, en los últimos ocho años no ha habido modificaciones al impuesto sobre los productos de tabaco, IEPS (Impuesto Especial sobre Producción y Servicios). Durante el sexenio pasado esta inacción se justificó por el Acuerdo de Certidumbre Tributaria, según el cual el Ejecutivo se comprometió a no crear nuevos impuestos ni aumentar los existentes para lograr que se aprobara la reforma hacendaria de 2013, sin considerar que los impuestos específicos más que un instrumento recaudatorio son un instrumento de salud pública.

Esa desafortunada decisión no solo frenó el avance en el control del tabaco en el país, sino que también implicó un retroceso, pues el componente fijo del IEPS al tabaco ha perdido valor. Mientras en 2011, después del último incremento, el IEPS representaba el 55.0% del precio de la marca más vendida de cigarros, en 2018 solo representa el 53.1%. Como resultado, la asequibilidad de los cigarros ha aumentado 8.5% entre 2011 y 2017 (Sáenz de Miera 2019). Además, la recaudación se ha estancado. Entre 2011 y 2012 aumentó 15% en términos reales (después de descontada la inflación), pero en los siguientes años se ha mantenido prácticamente sin cambios.

Así, no sorprende que de acuerdo con las últimas encuestas la prevalencia de fumadores no haya disminuido (OPS/INSP 2017), y en todo caso destaca que no haya aumentado como consecuencia del incremento en la asequibilidad, quizá por el avance en otras medidas como la implementación de ambientes 100% libres de humo en algunas entidades.

Indudablemente, para reducir los efectos de la epidemia de tabaquismo es impostergable el incremento del IEPS. Aún existe un amplio margen como lo sugieren las recomendaciones internacionales, que se sitúan muy por encima de la incidencia impositiva actual (OMS 2010, OMS 2017). Esto, además, permitiría incrementar la recaudación en el corto plazo y, especialmente, reducir los costos directos e indirectos en el mediano y largo plazo.

- GTEC. The health, poverty, and financial consequences of a cigarette price increase among 500 million male smokers in 13 middle income countries: comparmental model study. BMJ 2018.
- OMS. WHO technical manual on tobacco tax administration; 2010.

- OMS. WHO report on the global tobacco epidemic, 2017. Monitoring tobacco use and prevention policies; 2017.
- Jiménez Ruiz et al. The impact of taxation on tobacco consumption in Mexico; Tob Control 2008; 17: 105-110.
- OPS/INSP. Global Adult Tobacco Survey. Mexico 2015; 2017.
- Sáenz de Miera Juarez B. Mexico: Controlling the Illicti Cigarette Trade, en Dutta (ed.) Confronting illicit tobacco trade

V LOS NUEVOS PRODUCTOS DE LA INDUTRIA TABACALERA:

¿QUÉ ESPERAN LAS ORGANIZACIONES CIVILES DEL NUEVO GOBIERNO?

Erick Antonio Ochoa
Salud Justa Mx

a. Nuevos productos, viejos engaños: un catálogo de evidencias incontrovertibles.

Fumar o vapear no es una elección. El consumo de tabaco sea mediante cigarros, el más común de los productos, o vaporizadores, conlleva una adicción, una enfermedad.

En los cigarros, la calada llega al cerebro en 10 segundos, donde liberan dopamina que activa los circuitos relacionados al placer. En un tiempo, el cerebro del fumador se acostumbra a esa dopamina adicional por fumar: cada vez espera esos estallidos regulares, pues de otra manera siente ansiedad, náusea, irritabilidad, frustración, alteraciones del sueño.

La adición es el "consumo repetido de una o varias sustancias psicoactivas, hasta el punto de que el consumidor (…) se intoxica periódicamente o de forma continua, muestra un deseo compulsivo de consumir la sustancia (o las sustancias) preferida, tiene una enorme dificultad para interrumpir voluntariamente o modificar el consumo de la sustancia y se muestra decidido a obtener sustancias psicoactivas por cualquier medio" [1].

Diseñado por Freepik.diller

La adicción a la nicotina no es inocua, no es inofensiva. Genera dependencia física, entendida como la necesidad compulsiva de fumar, pues cuando descienden los niveles de nicotina en la sangre se presenta síndrome de abstinencia y deseos intensos de volver a fumar, además de dependencia psicológica, esto es, necesidad compulsiva de fumar a pesar de haber suficiente concentración de nicotina en la sangre.

La industria tabacalera lleva décadas enfocándose en niñas, niños y adolescentes. Ellos saben que casi 9 de cada 10 fumadores comienzan a fumar antes de los 18 años y que sólo un 2% fumará después de los 26 años. [2]

Sea con referencias explícitas hacia los jóvenes – típicamente anteriores a la década de los ochenta – o con el término de "fumadores adultos jóvenes" – relacionados con jóvenes entre 18 y 20 años – los documentos de la industria tabacalera en poder de la Universidad de California en San Francisco dan cuenta de sus estrategias. Sus innovaciones, como el cigarro light, el cigarro "bajo en alquitrán" o el cigarro con sabor, todas desplegadas desde fines de los años setenta, crearon un segmento de mercado definido como "marcas jóvenes", con sabores suaves que eran percibidos como menos dañinos. Los precios diferenciados y las promociones también aportaron su cuota de éxito en ventas, con la consiguiente incorporación de niñas, niños y adolescentes a la adicción. [3]

El riesgo de fumar hoy es mayor que hace 50 años, no solo porque los cigarros aumentaron sus niveles de nicotina, se mezclaron aditivos con amoniacos que aumentan la velocidad a la que la nicotina se libera en el cerebro o porque se adicionaron azúcares para facilitar la inhalación. La industria tabacalera también introdujo mezclas de tabaco para aumentar la exposición a nitrosaminas que causan cáncer, que es "mucho más alta por ejemplo entre fumadores estadounidenses que entre sus homólogos de Australia y Canadá". Además, incorporó orificios de ventilación en los filtros para que los fumadores inhalen con mayor fuerza, lo cual causa mayor daño a los pulmones porque los carcinógenos del humo llegan más profundamente.[4] Muchas de estas invenciones se presentaron como "menos riesgosas o dañinas".

Hoy la innovación de la industria tabacalera está presente con los sistemas electrónicos de administración de nicotina. Los cigarros electrónicos y productos de tabaco calentado, los más populares, son su principal apuesta hacia el futuro para revivir sus estrategias hacia los jóvenes. Son nuevos productos con viejos engaños.

¿Qué se sabe de los sistemas electrónicos de administración de nicotina? En primer lugar, que no hay un solo modelo para generar adicción, que su diversidad busca atraer

[1]. WHO – Gobierno de España, **Glosario de términos de alcohol y drogas,** Madrid, 1994, p.13. Disponible en: https://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf

[2]. CDC, **Hagamos que la próxima generación esté libre de tabaco. Guía para el 50° aniversario del Informe de la Dirección General de Servicios de Salud sobre el Tabaquismo y la Salud,** Estados Unidos de América, 2014. Disponible en: https://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/sgr/50th-anniversary/pdfs/consumer-brochure-spanish.pdf

[3]. K.M. Cummings, C.P. Morley, J.K Horan, C. Steger y N-R Leavel. Marketing to America's youth: **evidence from corporate documents, en Tobacco Control, 2002; 11 (Supp I): i5-i17. Disponible en https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1766057/pdf/v011p000i5.pdf**

[4]. **Campaign for Tobacco Free Kids, Diseñados para la Adicción,** Washington, 2014, páginas 6-8. Disponible en https://www.tobaccofreekids.org/assets/global/pdfs/es/TFK_DesignedforAddiction_es.pdf

[5]. Ferkok TW, Farber HJ, La Grutta S, Leone FT, Zabert, GE, et al. *Electronic cigarette use in youths: a position statement of the Forum of International Respiratory Societies,* **European Respiratory Journal,** 2018; 51 (5): 1800278. Disponible en: https://erj.ersjournals.com/content/51/5/1800278

todos los segmentos de mercado, especialmente niñas, niños y adolescentes, pues promueve la iniciación y la experimentación con diseños seductores, un catálogo de sabores y estrategias de marketing.[5] Tan es así que, en 2017 frente a más de 2 millones de usuarios actuales menores de edad, la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos lanzó una alerta epidemiológica contra 5 compañías (JUUL, Vuse, Blu, MarkTen y Logic) que implicó reexaminar los mecanismos de autorización para la comercialización de esos productos. [6]

1 Pipa electrónica
2 Puro electrónica
3 Sistema con tanque grande
4 Sistema con tanque mediano
5 Cigarro electrónico desechable

En segundo lugar, así como las denominaciones "bajo en alquitrán" o "cigarros light" no resultaron en menor daño a la salud, ahora los sistemas electrónicos se promueven como una opción "menos dañina". Es más, en una cita repetida incansablemente, los promotores de estos productos dicen que el Real Colegio de Médicos del Reino Unido ha declarado que "vapear es al menos 95% menos dañino que fumar". [7]

Como lo analiza el investigador Inti Barrientos [8], la cita del Real Colegio de Médicos se basae en el artículo "Estimating the Harms of Nicotine-Containing Products Using the MCDA Approach", un estudio que analiza 12 productos de administración de nicotina con 16 criterios, bajo un sistema de puntaje donde 100 se asigna al producto más dañino y 0 significa "sin daño". Sin embargo, se trata de una escala comparativa que considera criterios como "crimen", "daño ambiental", "costo económico" y "daño a la comunidad" que nada tienen que ver con el "daño fisiológico". Por eso es erróneo asumir que es 95% menos dañino en lo fisiológico, cuando en la medición original se consideran otros criterios, al menos 7 que indican daño a los demás.

No menor es que de los 12 autores, al menos 4 tienen conflicto de interés. El más evidente es un distribuidor de cigarros electrónicos, mientras otros han sido consultores en compañías interesadas en servicios de tratamiento del tabaco.

El engaño de la industria tabacalera con estos nuevos productos no termina ahí. Se sabe que el líquido en los dispositivos, así como el vapor que se inhala, contienen productos químicos nocivos (incluido el anticongelante o dietilenglicol) y carcinógenos (incluidas las nitrosaminas que pueden causar cáncer). (9) Además, la evidencia actual no es concluyente respecto a la eficacia de estos sistemas para dejar de fumar, pues "no son mejores ni peores que el placebo o el reemplazo de nicotina como una herramienta para dejar de fumar". [10]

Mientras se conocen los efectos a la salud de estos productos, no se recomienda liberar su comercialización con supuestos falsos, como la industria quiere. Una nueva andanada de evidencia con conflicto de interés viene financiada por la industria tabacalera. La Fundación por un Mundo sin Humo, presentada en septiembre de 2017 con un financiamiento de 80 millones de dólares anuales, recibe fondos de Philip Morris International, por lo que sus investigaciones vienen trazadas por las prioridades de su financiadora.

Frente a una carta abierta firmada por 123 organizaciones de salud pública, incluyendo el apoyo de las alianzas mexicanas Coalición México Salud-Hable y Alianza Nacional para el Control del Tabaco (ALIENTO), que pedían "cesar de inmediato la producción, comercialización y venta de cigarros" [11], PMI respondió que "si dejaba de vender cigarros, los fumadores no dejarían de fumar, sino que cambiarán a las marcas de sus competidores". [12]

Acá no hay productos menos dañinos, pero sí engaño a decisores públicos y al público, así como conflicto de intereses. La OMS publicó una declaración en respuesta a PMI: "La industria tabacalera y los grupos que la representan han inducido a error a la población acerca de los riesgos asociados con otros productos de tabaco (…) Esta situación, que se mantiene desde hace décadas, aconseja no aceptar al pie de la letra las investigaciones y la promoción financiadas por las empresas tabacaleras. Hay numerosos y claros conflictos de intereses en la Fundación por un Mundo sin Humo, que se presenta como una entidad que defiende la salud pero está financiada por una empresa tabacalera, sobre todo si se tiene en cuenta que promueve la venta de tabaco y de otros productos de la cartera de marcas de dicha empresa. La OMS no se asociará con esta Fundación. Tampoco deben hacerlo los gobiernos, y la comunidad de la salud pública debería seguir su ejemplo". [13]

[6]. U.S. Food & Drug Administration (FDA), *FDA takes new steps to address epidemic of youth e-cigarette use, including a historic action against more than 1,300 retaileres and 5 major manufacturers for their roles perpetuating youth access*, FDA News release, September 12, 2018. Disponible en https://www.fda.gov/news-events/press-announcements/fda-takes-new-steps-address-epidemic-youth-e-cigarette-use-including-historic-action-against-more

[7]. McNeill A, Borse LS, Calder R, Bauld L y Robson D. **Evidence review of e-cigarettes and heated tobacco products 2018. A report commissioned by Public Health England,** February 2018, p. 20.

[8]. Barrientos Gutiérrez, Inti. **El uso de los nuevos productos del tabaco y sus consecuencias,** presentación del profesor-investigador del Instituto Nacional de Salud Pública, México, 2018.

[9].Megan A. Moreno, What Parents Need to Know about Electronic Cigarettes en **JAMA Pediatrics Patient Page,** Octubre de 2017. Disponible en https://jamanetwork.com/journals/jamapediatrics/fullarticle/2657308

[11]. Sohini Ghosh y M. Bradley Drummond, Electronic Cigarettes as Smoking Cesation Tool: Are we there?, en **Current Opinion in Pulmona Medicine,** 23(2): 111-116, marzo de 2017. Disponible en https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5480094/

[11]. PMI, **Open Response to Letter of 14 September 2017 calling on PMI to stop selling cigarettes,** 29 de septiembre de 2017, disponible en https://www.pmi.com/media-center/news/details/Index/open-letter-from-pmi

[12]. Varias organizaciones civiles, **Open letter to Philip Morris International (PMI),** 14 de septiembre de 2017, disponible en https://www.unfairtobacco.org/en/open-letter-quitpmi/

[13]. OMS, **Declaración de la OMS sobre la Fundación por un Mundo sin Humo financiada por Philip Morris,** 28 de septiembre de 2017, disponible en https://www.who.int/es/news-room/detail/28-09-2017-who-statement-on-philip-morris-funded-foundation-for-a-smoke-free-world

Erick Antonio Ochoa
Salud Justa Mx

b. Evidencia sobre la amenaza de los nuevos productos para la niñez mexicana.

En México, la base de regulación de los sistemas electrónicos de administración de nicotina ha sido la prohibición para "comerciar, vender, distribuir, exhibir, promocionar o producir cualquier objeto que no sea un producto del tabaco, que contenga algunos de los elementos de la marca o cualquier tipo de diseño o señal auditiva que lo identifique con productos de tabaco", contenida en el artículo 16, fracción VI, de la Ley General para el Control del Tabaco.

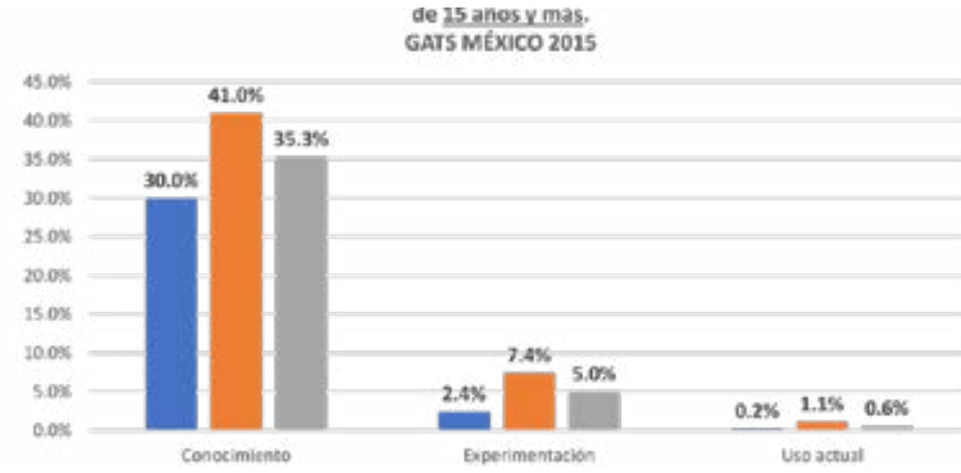
Sin embargo, esta prohibición explícita no ha mantenido protegidos a niñas, niños y adolescentes en nuestro país. El conocimiento, experimentación y uso actual del cigarro electrónico, según reflejan la Encuesta Global de Tabaquismo en Adultos 2015 y la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016, ha ido en aumento.

Los materiales que se presentan a continuación vienen contenidos en la presentación "Evidencia nacional del Uso de Sistemas Electrónicos de Administración de Nicotina / Sistemas Similares Sin Nicotina", cuyos autores, la Dra. Luz Myriam Reynales Shigematsu y el Mtro. Luis Zavala Arciniega, han facilitado con sus referencias. [1]

[1]. Reynales-Shigematsu, Luz Myriam y Luis Zavala Arciniega. Evidencia Nacional del Uso de Sistemas Electrónicos de Administración de Nicotina / Sistemas Similares Sin Nicotina, Instituto Nacional de Salud Pública, Ciudad de México, 16 de mayo de 2019.

¿DE QUÉ TAMAÑO ES LA AMENAZA DE LOS NUEVOS PRODUCTOS A LA SALUD PÚBLICA DE LA NIÑEZ MEXICANA?

Según la Encuesta Global de Tabaquismo en Adultos 2015 (GATS), la primera medición nacional sobre conocimiento, experimentación y uso actual de los cigarros electrónicos, más de una tercera parte (35.3%) de los encuestados ha escuchado hablar de estos dispositivos, de los cuales 40.9% corresponden a hombres y 30.2% a mujeres.



Fuente: Organización Panamericana de la Salud – Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Global de Tabaquismo en Adultos. México 2015, Cuernavaca, México, 2017. Gráfico elaborado por Reynales-Shigematsu y Zavala Arciniega (ver referencia 1).

Mientras 43.9% en el grupo de edad de 15 a 24 años ha escuchado hablar, solo el 15.4% para los hombres y mujeres de 65 años o más han tenido alguna referencia sobre los cigarros electrónicos. Por lo demás, el conocimiento es mayor en las áreas urbanas (41.2%) que en las áreas rurales (13.7%), mientras los que tienen educación universitaria y posgrado superan a aquellos sin educación formal (de 63.4% a 8.9%. De igual manera, del 5% de los encuestados que reportaron experimentar con estos dispositivos, es mayor el porcentaje para el grupo de edad de los 15 a 24 años que los de 65 años y más (9.6% vs. 0.7%, respectivamente), con predominancia en las zonas urbanas (6%) que en las zonas rurales (1.2%). En el consumo actual se repite el mismo patrón: con un promedio nacional de 0.6%, es más acentuado en los encuestados de 15 a 24 años (1.6%) y áreas urbanas (0.8%). [2]

Estos datos reflejan cómo los más vulnerables son los

[2]. Organización Panamericana de la Salud – Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Global de Tabaquismo en Adultos. México 2015, Cuernavaca, México, 2017, p. 44. Disponible en https://www.who.int/tobacco/surveillance/survey/gats/mex-report-2015-spanish.pdf

individuos más jóvenes que viven en áreas urbanas y tienen mayor nivel de educación.

Los resultados de la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017 acentúan la problemática del consumo de los cigarros electrónicos. De manera general, en la población de 12 a 65 años, el 5.9% de la población refirió haber probado alguna vez el cigarro electrónico (5.02 millones de mexicanos) y el 1.1% lo utiliza actualmente (975 mil mexicanos). Estos indicadores empeoran en la población de 12 a 17 años, pues 6.5% de la población refirió haber probado alguna vez el cigarro electrónico, aunque en consumo actual se mantiene igual que el indicador global (1.1%). Esto quiere decir que 160 mil adolescentes consumen actualmente cigarros electrónicos, de los cuales los hombres superan a las mujeres (1.6% y 0.6%, respectivamente). [3]

Como bien destacan Reynales y Zavala, la prevalencia actual de consumo de cigarros electrónicos aumentó 71% en un año, pues los datos de levantamiento de la GATS corresponden a 2015 y de la ENCODAT corresponden a 2016. En términos absolutos, de 557,104 usuarios pasamos a 931,000 usuarios. (1)

Esta información es consistente con una investigación del Instituto Nacional de Salud Pública sobre la base de una cohorte de más de 10 mil alumnos de escuelas secundarias de la Ciudad de México, Guadalajara y Monterrey. Mientras en 2015 un 52% de los estudiantes de primero de secundaria conocían los cigarros electrónicos y un 10% ya había experimentado con ellos, en 2016, el 92% tenía conocimiento, 19% los había probado y 12% eran usuarios actuales. Entre los estudiantes que no fumaban, quienes habían probado cigarros electrónicos al inicio del estudio eran más propensos a probar los cigarros convencionales que quienes no lo habían hecho (43% vs. 24%, respectivamente). Además, en comparación con los que no habían probado cigarros electrónicos o cigarros convencionales, quienes tenían consumo dual tenían más probabilidades de probar mariguana (20% vs. 4%, respectivamente). [4]

Esto empeorará si el gobierno mexicano, especialmente la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS), no toman medidas contra la reciente comercialización de Vype, un producto de British

[3]. INPRFM-INSP-CONADIC-SS. Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017. Reporte de Tabaco. Reynales LM, Zavala L, Paz WC, Gutiérrez DS, García JC et al., México: INPRFM, 2017. Disponible en: https://encuestas.insp.mx/ena/encodat2017/encodat_tabaco_2016_2017.pdf

American Tobacco. Basta un click en la computadora, sin mecanismos de confirmación que se tiene mayoría de edad, para comprar un vaporizador, un producto que viola la disposición inicial citada en este apartado (el artículo 16, fracción VI, de la Ley General para el Control del Tabaco.

No se entiende por qué el oprobio, sin la correspondiente acción legal. Lo que no consiguió British American Tobacco el año pasado, con dos embestidas de igual proporción que fueron operadas por los entonces presidentes de las comisiones de Salud y detenidas gracias a la acción valiente de organizaciones civiles, instituciones nacionales de salud y la Organización Panamericana de la Salud, parece que lo logró por la vía de la violación sistemática de la ley, sin la reacción de la autoridad nacional.

También es incomprensible cómo un gobierno federal que supuestamente luchará contra el conflicto de interés y contra la corrupción en el sistema de salud, como se ha declarado en el Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024, sea incapaz de detener una violación sistemática a su legislación, impuesta por British American Tobacco.

Si existe voluntad política, como parece indicar el titular de la COFEPRIS, la acción debe ser inmediata para detener una venta sin control, que pone en riesgo la salud de millones de mexicanas y mexicanos, especialmente niñas, niños y adolescentes. Las organizaciones civiles que presentamos este informe requeriremos por la vía legal esta respuesta.

[4]. Lozano P, Barrientos-Gutiérrez I, Arillo-Santillán E, Morello P, Mejía R, Sarget JD et al. Longitudinal study of electronic cigarette use and outset of conventional cigarette smoking and marijuana use among Mexican adolescents, en Drug Alcohol Depend, 2017; 180:427-430. Disponible en https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5771440/

Erick Antonio Ochoa
Salud Justa Mx

c. ¿Qué debería considerar el nuevo gobierno para establecer una regulación que proteja la salud de los mexicanos?

La Organización Mundial de la Salud pide cautela y considerar directrices generales para la regulación de los Sistemas Electrónicos de Administración de Nicotina (SEAN), sin detrimento de mantener la prohibición, como lo establece el artículo 16, fracción VI de la Ley General para el Control del Tabaco.

En la Sexta reunión de la Conferencia de las Partes del CMCT (Rusia, 13 al 18 de octubre de 2014) la OMS propuso una serie de medidas básicas para su reglamentación: prohibición a fabricantes de reclamos sanitarios a favor de los SEAN, especialmente los que afirman que ayudan a dejar de fumar; prohibición para el uso de interiores; prohibición total de publicidad, promoción y patrocinio como opción preferible a la aplicación de códigos voluntarios; información sobre ingredientes, y; protección contra intereses comerciales. [1]

En la Séptima reunión de la Conferencia de las Partes del CMCT (Nueva Delhi, del 7 al 12 de septiembre de 2016) se presentó el informe Sistemas electrónicos de administración de nicotina y sistemas similares sin nicotina. Entre las opciones de regulación, además de la prohibición de uso en espacios cerrados, se integró el uso de advertencias sanitarias, requisitos para el empaquetado que evite la manipulación de los niños y un límite en la concentración y cantidad total de nicotina, además de que los gobiernos deben considerar: prohibir la venta, distribución y posesión de los SEAN entre menores; considerar un tipo impositivo que vuelva a estos dispositivos y sus líquidos, productos inasequibles para los menores; prohibir o restringir el uso de aromatizantes; regular los lugares, la densidad y los canales de venta, y; tomar medidas contra el comercio ilícito. [2]

En la Octava Conferencia de las Partes en el CMCT (Ginebra, del 1 al 6 de octubre de 2018), se presentó el Informe sobre los progresos normativos y de mercado en *materia de sistemas electrónicos de administración de nicotina (SEAN) y sistemas electrónicos sin nicotina (SESN)*. Este es un informe descriptivo y no incluye nuevos criterios. Sin embargo, sitúa a México como unos de los países de la región de las Américas donde los SEAN están prohibidos, junto a Brasil, Panamá, Surinam, Uruguay y Venezuela. [3]

Diseñado por onlyyouqj

Un estudio realizado por destacados investigadores del Departamento de Investigación sobre Tabaco del Instituto Nacional de Salud Pública incluye recomendaciones regulatorias relacionadas con la demanda y con la oferta, considerando como premisa básica que la regulación debe "implementarse cumpliendo el máximo nivel de restricción posible según lo establecido en cada uno de los artículos del CMCT de la OMS", para que las decisiones públicas incorporen evidencia científica independiente, sin la intervención de fabricantes o instituciones que tienen conflicto de interés. [4]

Entre las medidas relacionadas con la demanda que sugiere la investigación citada, un marco regulatorio para México debe considerar:

MEDIDAS RELACIONADAS CON LA DEMANDA, CONFORME A LAS POLÍTICAS E INTERVENCIONES DEL MPOWER	
1. Monitor (Monitorear). Vigilar el consumo de cigarros combustibles, el uso de los cigarros electrónicos, de los sistemas electrónicos de administración de nicotina (SEAN) y de los sistemas alternativos de consumo de nicotina (SACN)	- Actualizar el sistema actual de monitoreo y vigilancia epidemiológica (combustibles y no combustibles) las variables e indicadores para estimar uso, características, exposición a aerosoles, riesgos y daños a la salud atribuibles al uso y exposición al aerosol de segunda mano. - Evaluar y dar seguimiento a las políticas de control implementadas.
2. Protect (Proteger). Proteger a la población de la exposición al humo de tabaco y a los aerosoles.	- Los cigarros electrónicos, los SEAN y los SACN deben prohibirse en espacios 100% libres de humo y evitar la exposición de aerosoles en lugares cerrados privados. - Se deben realizar monitoreos ambientales para cuantificar contenidos en aerosoles y emisiones.
3. Offer (Ofrecer). Ofrecer ayuda para el abandono del consumo de tabaco	- Los cigarros electrónicos, los SEAN y los SACN no deben promoverse como alternativas para dejar de fumar hasta haber demostrado su seguridad, eficacia, efectividad y costoefectividad. - Urge el fortalecimiento de la infraestructura hospitalaria y los recursos humanos para proveer tratamiento.
4. Warn (Advertir). Advertir de los peligros del tabaco	- Los empaques de todos los productos de tabaco, sin excepción, deben tener advertencias sanitarias con pictogramas que cubran más del 75% de las superficies. - Las advertencias sanitarias y los pictogramas deben incluir no solo los dispositivos, sino los líquidos, los consumibles y los aditamentos. - Se deben incorporar leyendas de advertencia por riesgo de intoxicación y explosión.

[1]. OMS, Sistemas electrónicos de administración de nicotina. Informe de la OMS, Sexta reunión de la Conferencia de las Partes en el CMCT, Federación de Rusia, 13 al 18 de octubre de 2014. Disponible en http://apps.who.int/gb/fctc/PDF/cop6/FCTC_COP6_10-sp.pdf

[2]. OMS, Sistemas electrónicos de administración de nicotina y sistemas similares sin nicotina. Informe de la OMS, Séptima reunión de la Conferencia de las Partes en el CMCT, Delhi (India), del 7 al 12 de noviembre de 2016. Disponible en: http://www.who.int/fctc/cop/cop7/FCTC_COP_7_11_ES.pdf

3. OMS, Informe sobre los progresos normativos y de mercado en materia de sistemas electrónicos de administración de nicotina (SEAN) y sistemas electrónicos sin nicotina (SESN), Octava reunión de la Conferencias de las Partes en el CMCT, Ginebra (Suiza), del 1 al 6 de octubre de 2018. Véase: https://www.who.int/fctc/cop/sessions/cop8/FCTC_COP_8_10_SP.pdf?ua=1

5. Enforce (Prohibir). Prohibir completamente la publicidad, promoción y patrocinio, así como la exhibición en los puntos de venta de todos los productos de tabaco	- Se debe incluir prohibición expresa de publicidad, promoción y patrocinio de los cigarros electrónicos, los SEAN y los SACN, incluyendo redes sociales, la venta en línea y los puntos de venta. - Analizar las páginas web, estrategias de mercadeo, marcas, diseño del productos y accesorios, precios, etc.
6. Raise (Aumentar). Aumentar los impuestos al tabaco	- A fin de evitar el efecto sustitución entre productos tradicionales y nuevos, se debe impulsar un incremento sustancial a los impuestos. - Se recomienda analizar la política fiscal de los nuevos productos.

Además, se deben fortalecer las medidas relacionadas con la oferta, con la prohibición de la venta a menores y por menores de edad, incluyendo ventas por internet. Otra regulación necesaria es el establecimiento de la licencia para puntos de venta sobre los dispositivos y los líquidos.

Un punto adicional de vital importancia es la regulación de contenidos, especialmente sobre las concentraciones de nicotina, los aditivos y los saborizantes, mismos que deberán evaluarse por laboratorios e instituciones independientes.

Las opciones regulatorias, para consideración del Congreso de la Unión, están sobre la mesa. Las decisiones públicas, basadas en evidencia científica, podrían contener las amenazas de la industria tabacalera, que de momento viola la ley sin cortapisas con un nuevo producto, sin la debida intervención del gobierno encabezado por el Presidente Andrés Manuel López Obrador.

4. Reynales-Shigematsu, LM, Barrientos-Gutiérrez, I, Zavala-Arciniega L y Arillo Santillán, E. Nuevos productos de tabaco, una amenaza para el control del tabaco y la salud pública de México, Salud Pública de México, Vol. 60, no. 5, septiembre-octubre de 2018, 598-604 pp.

Javier Zúñiga Ramiro
Salud Justa Mx

d. Conflicto de interés y las relaciones necesarias e innecesarias con la industria tabacalera: el caso con el IQOS

Entre los puntos fundamentales del CMCT destacan las acciones y recomendaciones para prevenir y erradicar la interferencia de la industria tabacalera en las políticas públicas de salud, principalmente, para evitar el conflicto de intereses. El párrafo tercero del artículo 5 del CMCT indica que a la hora de establecer y aplicar sus políticas de salud pública relativas al control del tabaco, las Partes actuarán de una manera que proteja dichas políticas contra los intereses comerciales y otros intereses creados de la industria tabacalera [1].

1. Convenio Marco para el Control del Tabaco, artículo 5, párrafo 3.

Las bases para determinar cualquier tipo de conflicto de interés son los cuatro principios rectores dentro de las Directrices de aplicación del artículo 5.3 de CMCT, las cuales son:

a) Que existe un conflicto fundamental e irreconciliable entre los intereses de la industria tabacalera y los intereses de las políticas de salud pública.

b) Que al tratar con la industria tabacalera o quienes trabajan para promover sus intereses, las Partes deberían ser responsables y transparentes.

c) Que las Partes deberían exigir a la industria tabacalera y quienes trabajan para promover sus intereses que funcionen y actúen de manera responsable y transparente.

d) Que debido a que los productos de la industria tabacalera son letales, no se deberían conceder incentivos para que establezca o lleve a cabo sus negocios (2).

De acuerdo con la directriz, es muy probable que, si la industria tabacalera o sectores afines a ella participan en la elaboración de las políticas públicas, se tenga un efecto negativo. Ante esto, las recomendaciones del CMCT son las siguientes:

Las Partes deberían establecer una política obligatoria sobre la divulgación y gestión de los conflictos de intereses, aplicable a todas las personas que participan en el establecimiento y la aplicación de políticas de salud pública relativas al control del tabaco, incluidos los funcionarios, empleados, consultores y contratistas públicos.

- Las Partes deberían formular, adoptar y aplicar un código de conducta para los funcionarios públicos, que prescriba las normas que deberían cumplir al tratar con la industria tabacalera.
- Las Partes no deberían permitir que ninguna persona empleada por la industria tabacalera o entidad que trabaje con el fin de promover sus intereses sea miembro de ningún órgano, comité o grupo consultivo gubernamental que establezca o aplique políticas de control del tabaco o salud pública.[3]

Así, el conflicto de interés no solo se identifica en el momento en que se reciben regalos o cuando los intereses personales de los funcionarios se mezclan con el de los particulares, sino también en aquellos casos en que se permite que miembros de la industria tabacalera influyan en las políticas para el control del tabaco.

En este sentido, la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios no cumplió durante el sexenio pasado con la obligación impuesta por el CMCT, pues, durante 2016 y 2017 mantuvo comunicaciones directas con altos directivos de la empresa Philip Morris International. La finalidad de la tabacalera en estas reuniones era introducir su producto IQOS en el mercado mexicano. (4)

La información fue obtenida mediante unas solicitudes de acceso a la información que presentó la sociedad civil, en las cuales cuestionaban las reuniones relacionadas con el IQOS que había sostenido la COFEPRIS durante ese tiempo. Aunque la autoridad clasificó dicha información como reservada, se presentó un recurso de revisión ante el Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información Pública y Protección de Datos Personales, el INAI, el cual reconoció que esta información no podía mantenerse como confidencial. (5)

Es importante denotar que estas reuniones que mantuvo la agencia sanitaria violan el artículo 5.3 del CMCT, por tratarse de una interacción innecesaria con la industria del tabaco y, además, por permitirles tener acceso a la definición y determinación de las políticas públicas sobre los productos de tabaco.

Esperamos que, con el cambio de administración, estas prácticas sean erradicadas ya que no solo concedían trato preferencial a la industria tabacalera, sino que también violaban disposiciones de un tratado firmado y ratificado por el Estado mexicano. Es fundamental adoptar las recomendaciones del Convenio Marco para el Control del Tabaco como parte de los códigos de ética y elementos de vigilancia de los órganos de control internos.

Podría apoyar a eliminar este tipo de prácticas la redacción de un manual o protocolo para los las autoridades de salud en sus interacciones con la industria del tabaco. Lo anterior permitiría determinar cuáles interacciones son necesarias, cuáles son innecesarias y, a partir de esto, establecer rutas de transparencia que conduzcan las decisiones de los servidores públicos a políticas públicas para el control del tabaco libres de conflicto de intereses.

[2]. Directriz para el artículo 5.3 del Convenio Marco para el Control del Tabaco, páginas 2 y 3.

[3]. Directriz para el artículo 5.3 del Convenio Marco para el Control del Tabaco, apartado 4 Evitar conflictos de intereses para los funcionarios y empleados públicos, párrafos 4.1 -4.11, páginas 6 y 7.

[4]. Cumplimiento del recurso de revisión 4445/18 del INAI. Oficio COFEPRIS CGJC/UDE/9443/2018. Septiembre 2018. Resolución y recurso de revisión 4445/18 del INAI.

VI CESACIÓN

"DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DE LAS POLÍTICAS DE CESACIÓN EN MÉXICO" (ARTÍCULO 14 DEL CMCT). A 14 AÑOS DE LA FIRMA DEL CONVENIO MARCO

Dra. Guadalupe Ponciano Rodríguez
Coordinadora del Programa de Investigación y Prevención del Tabaquismo
Departamento de Salud Pública
Facultad de Medicina, UNAM
ponciano@unam.mx

Tuve la oportunidad de participar con el análisis del Artículo 14 en el décimo y onceavo Aniversarios de la Firma del Convenio Marco en los documentos "Retos y Perspectivas del Control del Tabaco en México- Informe de la Sociedad Civil sobre los Avances del CMCT". En este 2019 que celebramos el 14 Aniversario, me encuentro frente a mi computadora y no encuentro ningún cambio o avance trascendente que pudiera compartir con ustedes en el área de la Cesación del Tabaquismo: pareciera que el tiempo se hubiera detenido y junto con el tiempo las acciones que podrían haberse llevado a cabo para diseñar o implementar nuevas políticas públicas en el área de cesación del tabaquismo.

Hablaré entonces de la importancia de la cesación del tabaquismo y de lo debería hacerse para apoyar a más fumadores, que ya padecen adicción al tabaco, a dejar de fumar.

El tabaquismo es un importante problema de salud pública a nivel mundial, debido a la alta incidencia de padecimientos crónicos invalidantes que se relacionan con el consumo de productos de tabaco, mismos que originan muertes prematuras y grandes pérdidas económicas por gastos en atención médica, así como ausentismo laboral y deterioro de la calidad de vida. Esta adicción es el principal factor de riesgo para seis de las ocho principales causas de mortalidad en el mundo y de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), la principal causa de

- Doll R & Hill AB. Smoking and carcinoma of the lung.: preliminary report. BMJ 1950(ii): 739-748.
- Doll R & Hill AB. The mortality of doctors in relation to their smoking habits: a preliminary report. BMJ 1954; 328(7455): 1529-1533.
- Doll R, Peto R, Boreham J & Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 50 years`observations on male British doctors. BMJ 2004; 328(7455): 1519.

mortalidad prevenible.

El daño ocasionado por las múltiples sustancias tóxicas del humo de tabaco se reduce inmediatamente y puede ser virtualmente eliminado con el paso del tiempo, después de dejar de fumar, aun (es hasta) en quienes han fumado toda su vida y todavía más, en quienes ya sufren alguna enfermedad asociada con el consumo de tabaco, como enfisema o algún tipo de cardiopatía, se presenta mejoría en su calidad de vida y en el pronóstico de su enfermedad.

Las políticas públicas avanzadas para el control del tabaco entienden la importancia de aumentar las tasas de abandono, un prerrequisito para alcanzar una reducción significativa en las muertes relacionadas con el tabaquismo. Por ejemplo, la India puso en marcha un programa nacional de abandono del tabaco y una línea telefónica gratuita en 2016 para ayudar a dejar de fumar tras realizar una «encuesta sobre el tabaquismo entre los adultos» en 2009-2010, que reveló el elevado interés en dejar de fumar en casi uno de cada dos fumadores y consumidores de productos sin humo.

Los programas de cesación cambian la vida de las personas, reforman las normas sociales y los valores comunitarios, y promueven un ambiente donde los niños y adolescentes tienen menos posibilidades de iniciarse en el consumo de tabacoy los adultos ganan confianza en su capacidad para dejar de fumar.

Los sistemas de salud que gastan millones de pesos en la atención de enfermedades ocasionadas por el tabaquismo deberían poner sus esfuerzos en su prevención mediante intervenciones individuales y grupales para apoyar la cesación, ya que se ha demostrado que a horas de haber dejado de fumar, algunos de los daños ocasionados por el cigarrillo comienzan a revertirse. En un año, el riesgo de enfermedad coronaria se reduce a la mitad del que presenta un fumador. Después de 5 a 15 años, el riesgo de ac-

- Encuesta Global de Tabaquismo en Adultos México. 2015. (GATS, 2015). https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/239090/ENCUESTA_GATS_2015_Resumen_ejecutivo.pdf
- Peruga A. Tres medidas fundamentales para revitalizar el control del tabaquismo en las Américas. Rev Panamericana de Salud Pública. 2002; 11:72-75.

cidentes cerebrovasculares se reduce prácticamente al de una persona que nunca ha fumado. El riesgo de cáncer también se reduce significativmente durante la década posterior al tiempo en que se dejó de fumar.

Expertos que han dedicado toda su vida al estudio del tabaquismo como Richard Doll y Richard Peto han mencionado que *"a nivel individual, la cesación del consumo de tabaco en cualquier momento, y en particular antes de los 35 años representa la medida más benéfica que puede llevar a cabo una persona en términos de salud, esperanza y calidad de vida"*. Afirman que la cesación es la forma más eficiente y rápida de disminuir las muertes relacionadas con esta adicción en la primera mitad del siglo XXI. La cesación y no la prevención, se describe como la acción en salud más rápida y efectiva para evitar las predicciones de mortalidad asociadas con el tabaquismo. De manera que si el consumo de tabaco por persona adulta disminuye a la mitad en el año 2020, se podrían prevenir un tercio de las muertes y posiblemente la mitad para el año 2050.

El aumento en la tasa de cesación en la población, exige aumentar el número de intentos por dejar de fumar entre los fumadores y aumentar también la efectividad de las intervenciones ofrecidas. Ambas acciones requieren optimizar las estrategias de intervención para cesar el consumo de tabaco y que las mismas sean accesibles para toda la población fumadora.

El artículo 14 del CMCT recomienda que responsables de los sistemas de salud de cada país desarrollen y ofrezcan a sus poblaciones herramientas para el diagnóstico y tratamiento del tabaquismo basadas en evidencias científicas, incorporando servicios de cesación a los planes y estrategias nacionales de salud. Esta recomendación se ratifica en el MPOWER (plan de medidas para apoyar a los países a dar cumplimiento del CMCT) en la letra "O" de Offer, es decir ofrecer ayuda para el abandono del tabaco mediante servicios de fácil acceso en el 100% de los centros de atención primaria a la salud.

Sería sencillo cumplir con estas recomendaciones dado que existe toda la evidencia científica del impacto del tabaquismo en las estadísticas de morbilidad y de mortalidad en nuestro país, así como del gasto que representa para el Sector Salud la atención de estas enfermedades crónicas no transmisibles. Sin embargo, y eso lo he repetido en múltiples ocasiones, no se ha logrado consolidar una política nacional de detección y tratamiento del tabaquismo, aunque para muchos funcionarios resulta muy rentable reconocer en público su importancia.

Revisando el Plan Nacional de Desarrollo 2019-2014, parecería que esto continuará igual.

El Sector Salud en México no ha sido capaz de capitalizar, como lo hizo la India, al 80% de los fumadores que quieren dejar de fumar, ni al 60% que hicieron al menos un intento para lograrlo en el último año, de acuerdo con la última Encuesta Global de Tabaquismo en Adultos (GATS, 2015).

Durante todo este tiempo no se ha logrado que el tratamiento del tabaquismo sea un asunto prioritario en el Sector salud, sigue siendo tristemente una asignatura pendiente. A continuación, se menciona una serie de aspectos que deberían considerarse para pasar del discurso a la acción. Debo mencionar, aunque con un poco de vergüenza, que algunas solamente las copié y unas pocas las modifique del documento que escribí 2015:

- No hemos logrado que la sociedad deje de considerar al tabaquismo como un hábito, ni peor aún, como un vicio. Es preciso, por medio de campañas de difusión, situarlo bajo su nuevo paradigma: **una adicción, una enfermedad.** De esta manera el "enfermo de tabaquismo" percibirá como natural acudir al Sector Salud para recibir atención médica que atienda su enfermedad.
- Por otra parte, es vital que el personal del área de la salud entienda la estrecha asociación entre el consumo de tabaco y las enfermedades crónicas de sus pacientes, así como la necesidad de evitar la exposición al humo de tabaco para lograr el control o mejoría de dichos padecimientos. Es entonces fundamental que no se vea a la adicción de la nicotina como una entidad aislada, sino que se integre en la práctica al esquema salud-enfermedad del paciente, la familia y la comunidad.
- Debemos revisar el Modelo de Atención que se tiene actualmente ya que ha demostrado ser ineficiente. Las clínicas especializadas únicamente brindan atención al porcentaje de

- Peto R, Darby S, Deo H, Silcoks P, Whitley E & Doll R. Smoking, smoking cessation, and lung cancer in the UK since 1950: combination of national statistics with two case-control studies. BMJ 2000; 321(7257): 323-329.
- Ponciano-Rodríguez G. 2007. Tratamiento integral del Tabaquismo. Ed Trillas. México.
- Ponciano-Rodríguez G. 2015. Artículo 14 del CMCT: Diseño e implementación de las políticas de cesación en México. In: 10 Año del CMCT. Retos y perspectivas del control de tabaco en México. Informe de la Sociedad Civil sobre los avances del CMCT 2015. p 38-43.
- Prabhat J, Phil D & Peto R. Global effects of smoking, of quitting and of taxing tobacco. NEJM 2014; 370: 60-68.

fumadores que por su dependencia física alta (11.4% de los fumadores) no logran la cesación sin tratamiento integral: psicológico y médico.

- Por otra parte, el costo-beneficio que se obtiene con este tipo de tratamiento es alto ya que el número de horas utilizadas involucra especialistas y la eficacia en general es baja. Es importante que este tipo de clínicas continúe funcionando, como un complemento a modelos de atención que abarquen un mayor número de usuarios fumadores, más no como la solución a esta problemática.
- Desde el punto de vista macro es fundamental que los actores del área de la salud enmarquen sus actividades en el CMCT-OMS, fortaleciendo los sistemas de salud para tal fin.
- Un modelo alternativo al de las Clínicas especializadas es el tratamiento de los fumadores en el Primer Nivel de Atención. La detección de personas fumadoras o con exposición involuntaria al humo de tabaco debe realizarse en TODOS los usuarios de los servicios de salud, seguida de una valoración médica completa para conocer su historial de tabaquismo, la motivación para abandonarlo, detección de complicaciones, establecimiento del tratamiento y seguimiento o bien canalización a servicios especializados. Hasta el momento, solamente el ISSSTE ha integrado a su Cuadro Básico de Medicamentos, fármacos necesarios para el tratamiento del tabaquismo e incorporado opciones de tratamiento para sus derechohabientes, sin embargo todavía no podemos decir que la totalidad de sus Clínicas del Primer Nivel de Atención cuente con ayuda para la cesación.
- Al no haber logrado avances en la inclusión del tratamiento del tabaquismo en el curricula de las principales carreras del área de la salud (médicina, psicología, odontología, enfermería), actualmente existe una gran heterogeneidad de conocimientos básicos para poder realizar un adecuado tratamiento del tabaquismo entre los diferentes grupos de profesionales del área de la salud. Asimismo, hay desconocimiento de documentos clave para esta área como son el CMCT-OMS, el MPOWER, las leyes y reglamentos federales y estatales para el control del tabaquismo.
- No existe un esquema claro que defina cuáles son los pasos a seguir para la detección, diagnóstico, tratamiento, seguimiento o canalización de los fumadores que acuden a los servicios de salud. Especialmente con los jóvenes este aspecto es importante ya que sabemos que es muy baja su percepción del riesgo que implica el tabaquismo y que prácticamente ningún adolescente acudirá a solicitar apoyo para la cesación. Por tanto, es vital que se elabore un protocolo de acción y que se dé a conocer en el Primer Nivel de Atención, luego de lo cual deberá darse seguimiento a esta estrategia.
- En este momento, aún en muchas clínicas especializadas, se carece de un programa para el tratamiento adecuado de las recaídas, por lo que es necesario establecerlo.
- Otra necesidad que se ha ignorado es la de generar un sistema de registro y seguimiento (referencia y contra-referencia) para todos los pacientes que se integren al programa de cesación del tabaquismo en el Sector Salud.
- Finalmente, se sugiere dar el seguimiento cercano a los protocolos establecidos y retroalimentar los programas a través de resultados cuantificables como: número de fumadores integrados, eficacia del programa (% de cesación, mantenimiento a 6 y 12 meses, % de recaídas, etc.), seguimiento y pérdidas al seguimiento.
- Urge modificar la *NOM 028-SSA-2009* "Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones". Coordinados por el CONADIC se creo un grupo de trabajo en 2018 para realizar mejoras a dicha norma, pero desafortunadamente éstas no se han aceptado. Estos comentarios contienen aspectos importantes relacionados con el tratamiento del tabaquismo.

CONCLUSIÓN:

"Saber lo que es correcto para resolver un problema, y no hacerlo, es falta de valor o de principios". Confucio (551-479 a de C).

Referencias Bibliográficas:

- Shafey O, Eriksen M, Ross H & MacKay J. (2009). El Atlas del Tabaco tercera Edición. American Cancer Society. World Lung Foundation. Canada. 128 pp.
- WHO- World Health Organization. MPOWER. Un plan de medidas para hacer retroceder la epidemia de tabaquismo. Switzerland, 2008.
- OMS: Convenio marco de la OMS para el control del Tabaco. Geneva 2003. Disponible en http://www.who.int/tobacco/framework/en/
- Wynder E & Graham E. Tobacco smoking as a posible etiologic factor in bronchiogenic carcinoma; a study of 684 proved cases. J Am Med Assoc 1950; 143(4): 329-336.

VII CONSIDERACIONES FINALES

Lo que fue un sexenio pasado sin avances, incluso con amenazas graves para la desregulación de los nuevos productos, puede cambiar positivamente con la administración que recién comenzó en diciembre del año pasado.

Pero no se hará por acto de magia, sino con la voluntad y el compromiso de decisores públicos de todos los partidos políticos. El Congreso de la Unión debe resolver en el corto plazo mejoras para el diseño y la implementación de la Ley General para el Control del Tabaco y la Ley del Impuesto Especial sobre Producción y Servicios, esta última en materia de política fiscal hacia productos de tabaco.

Esta es la prueba de fuego para Andrés Manuel López Obrador, para sus aliados, incluso para sus opositores. La salud pública no debe estar en riesgo, con la incursión de nuevos productos que violan la ley, que se comercializan en la impunidad.

México no puede ser más el laboratorio preferido de la industria tabacalera en la región de las Américas. Fortalecer su institucionalidad pasa indefectiblemente por avanzar en el cumplimiento de las políticas recomendadas por el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco, sobre el cual este informe ha dado cuenta con numerosos ejemplos que marcan la dirección deseable.

De otra manera, la propuesta del Ejecutivo Federal expuesta en el Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024, donde la estrategia prohibicionista contra las drogas es insostenible, agravará la respuesta institucional del Estado frente al mercado de las drogas, legales e ilegales. Si la industria tabacalera hace lo que quiere en el país y está incontenible para comercializar productos que están prohibidos por la regulación vigente, qué puede esperarse de una industria cannábica o de una industria de cocaína legal cuyos referentes en las políticas públicas son menos claros que aquellos contenidos en el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco.

México no debe ser rehén de ninguna industria que genera adicción. La evidencia científica independiente debe ser la base para decisiones públicas más asertivas, ajenas al conflicto de interés y basadas en la protección del derecho a la salud por encima de intereses económicos. En suma, tomar posición a favor de las políticas para el control del tabaco implica mejorar la salud de la población, reducir las amenazas que se ciernen sobre los más pobres y proteger las finanzas públicas.

Salud
Justa
MX

Programa de Investigación y Prevención del Tabaquismo

CMCT
consejo mexicano
contra el tabaquismo

POLITHINK
Nos Mueve tu Causa

Saludhable